



فصل نامه علمی ورزشی سروش سلامت سال پنجم / شماره دهم / بهار ۱۴۰۲

سروش سلامت

فصل نامه علمی ورزشی سروش سلامت سال پنجم / شماره دهم / بهار ۱۴۰۲

فصل نامه علمی ورزشی سروش سلامت سال پنجم / شماره دهم / بهار ۱۴۰۲

جراحی برای درمان چاقی

سندرم روده تحریک پذیر

سندرم کوشینگ

ورزشی و اضطراب

خوش اندامی یا آنورکسیا

سفالوسپورین ها

کولیت اولسراتیو

گرمزدهگی

دهیدرااتاسیون، عارضه ی تابستانی

اسهال عفونی

سندرم تخمدان پلی کیستیک



صاحب امتیاز: کمیته تحقیقات و پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مدیر مسئول: علی سلگی

سردبیر: فاطمه ترکانی

ییراستاران: دکتر سیما زهری انبوهی

هیئت تحریریه به ترتیب حروف الفبا

فاطمه آقاپور، حسن احمدی، امیررضا افزون خیاوی، بهار باباجانی، مهسا بوذری پور، علیرضا بینظیر، فاطمه ترکانی،

زهرا تشنیزی، ارغوان رضایی، علی سلگی، محمدحسین سهامی، شبنم شریعت پناهی، کمال صالحی، عرفان عنایتی،

زهرا محمودی، محمدرضا مکی، ملیکا نیک باغ

سر آغاز

دنیا سراسر پر است از نبرد های جدید، نبرد هایی که ما را در برابر خیل عظیمی از مشکلات قرار می دهند، مشکلاتی که گاه خسته و بی حوصله، گاه سردرگم و گاه ناامیدمان می کنند؛ در میان اصوات گوش خراشان گم می شویم؛ بی آن که به یاد آوریم ما، خودمان را داریم

خودمان که خود جهانیست عظیم و توانمند، این خودی که حتی خودمان هم نادیده اش می گیریم، رهایش کرده ایم، همچون کودکی زودرنج در کنج خلوت که شهامت ابراز وجود، توانایی تصمیم گیری و ایستادگی در برابر سرنوشت را ندارد. منتظریم دست تقدیر روی خوش زندگی را به ما نشان دهد، از تغییر هراسانیم و گه گاهی هم که راهی را می یابیم به هزار

و یک دلیل از پا گذاشتن به آن سرباز می زنیم
!لازم است بیاندیشیم، به این که چه کارهایی که می بایست بکنیم و هرگز نکرده ایم

برای اینکه به ملاحظاتی پایبند بودیم

فرصتی مناسب را انتظار می کشیدیم

تنبلی می کردیم، زیرا مدام به خود می گفتیم

چیزی نیست، همیشه فرصت خواهیم داشت

نمی دانستیم هر روزی که می گذرد؛

بی جانشین و هر لحظه نایافتنی است

تصمیم گیری، تلاش و عشق ورزی را به وقتی دیگر وا نهاده بودیم

فهرست

سر آغاز

سخن مدیر مسؤل

سخن سردبیر

جراحی برای درمان چاقی

سندرم روده تحریک پذیر

سندرم کوشینگ

ورزش و اضطراب

خوش اندامی یا آنورکسیا

سفالوسپورین ها

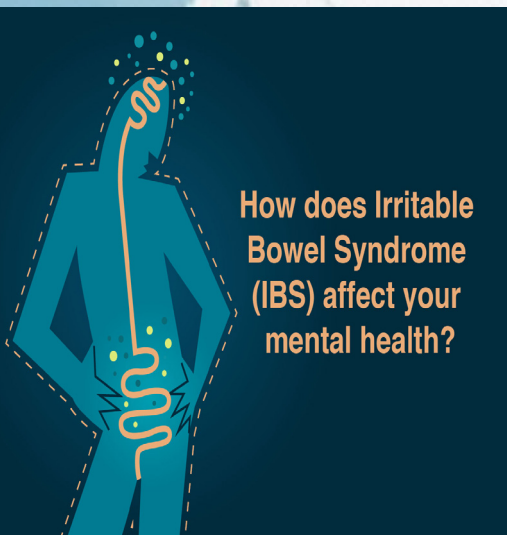
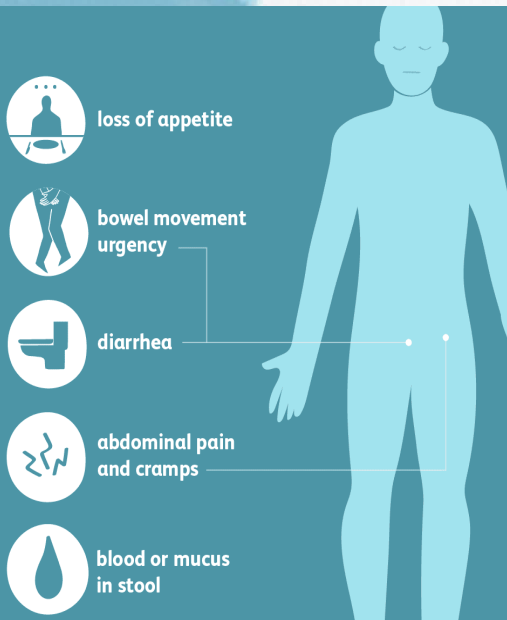
کولیت اولسراتیو

گرمادگی

دهیدراتاسیون، عارضه ی تابستانی

اسهال عفونی

سندرم تخمدان پلی کیستیک



سخن مدیرمسئول

بسم رب النور

اینجانب، علی سلگی، به عنوان مدیر مسئول این نشریه مفتخر بودم که مدتی در خدمت شما عزیزان باشم؛ هدف نهایی این نشریه گام برداشتن در راه علم آموزی و رشد و توسعه ی روحیه ی پژوهشگری در دانشجویان بود و سعی داشتیم بستری برای بروز و ظهور ذوق و سلیقه ی شما عزیزان در راستای پژوهش فراهم آوریم. در ۳ شماره ی گذشته تمام توان خود را به کار گرفتیم تا بتوانیم به اهداف فوق نائل شویم؛ توصیه ی من به شما عزیزان در وهله ی اول عملکرد بهینه در رشته تحصیلی و در ادامه جان بخشیدن به این گوهر ارزشمند، پژوهش، می باشد. به امید روزی که بشریت با علم کامل قدرت تام در اختیار داشته باشد بنده و همکارانم ضمن تشکر بابت همکاری و تلاش بی دریغ شما، شما را به خداوند متعال می سپاریم.

سخن سردبیر

با عرض سلام خدمت تمامی همراهان نشریه ی سروش سلامت؛

به یاری تعدادی از همکاران عزیز توانستیم برگی دیگر در دفتر نشریه ی سروش سلامت ورق بزنیم و شماره ۹ این نشریه را در اختیار شما دوستان قرار دهیم.

شماره ۱۰ ام نشریه آخرین شماره ای بود که بنده به عنوان سردبیر در خدمت شما عزیزان بودم.

در این ۳ سری از نشریات که خدمت شما ارائه گردید، نهایت تلاش خود را نمودم که به بهترین شکل ممکن در حیطه ی آموزش نحوه ی سرچ و جمع آوری مطالب و همینطور انتشار مطالب به نحو احسن انجام وظیفه کنم، امیدوارم که توانسته باشم به شرح وظایفم عمل کنم و گامی هر چند اندک در راستای علم آموزی برداشته باشم.

لازم است به این مهم اشاره کنم که اگر همکاری شما عزیزان در کار نبود دستیابی به این اهداف غیر ممکن می نمود؛ لذا از تمامی شما همکاران گرامی بسیار سپاسگزارم و بهترین ها را برایتان آرزومندم و در ادامه امیدوارم که این نشریه به یاری شما عزیزان ادامه یابد و همه را از ثمرات بی نظیر خود بهره مند سازد.

ارادتمند شما فاطمه ترکانی

جراحی برای درمان چاقی

بهاره باباجانی

دانشجوی پرستاری، ورودی ۹۹
دانشگاه علوم پزشکی بابل



گاسترکتومی اسلیو معده

معده به صورت عمودی بریده می شود و حدود ۸۵٪ از معده از طریق جراحی خارج می شود، قسمت باقی مانده معده همانند لوله است که رشته های عصبی را سالم و دست نخورده نگه می دارد و موجب انسداد یا کاهش



چاقی توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان، تجمع غیر طبیعی یا بیش از حد بافت چربی بدن که ممکن است سلامتی را مختل کند تعریف شده است.

چاقی یک بیماری همه گیر در سراسر جهان است و یک ریسک فاکتور عمده برای ابتلا به بیماری هایی مانند دیابت نوع ۲، فشار خون شریانی، سکنه مغزی، بیماری عروق کرونر قلب، ریوی و بیش از ۵ سرطان مختلف به شمار می رود

در حال حاضر ۳۹٪ از بزرگسالان در سراسر جهان دارای اضافه وزن و ۱۳٪ چاق هستند. سازمان بهداشت جهانی تخمین می زند که تا سال ۲۰۲۵، تقریباً ۱۶۷ میلیون نفر (بزرگسالان و کودکان) به دلیل اضافه وزن یا چاقی، سلامت کمتری خواهند داشت

درمان چاقی یکی از دغدغه های اصلی پزشکان است. در حال حاضر، جراحی های چاقی از معدود درمان های موجود برای چاقی مرضی هستند که به طور مداوم کاهش وزن قابل توجهی را منجر شده و باعث بهبود بیماری های مرتبط با چاقی و کیفیت زندگی می شوند با اینکه این اعمال در اکثر بیماران نیازمند به عمل عوارض قابل قبولی دارند، می توانند عوارض خطرناک و حتی مرگ و میر قابل توجهی داشته نیز می شود باشند

باندینگ معده

طی حلقه گذاری معده، حلقه ای به دور قسمت بالایی معده بسته می شود و کیسه معده کوچکی در قسمت فوقانی حلقه به ظرفیت ۱۵-۱۰ میلی لیتر در نتیجه در هنگام غذا خوردن این کیسه سریع تر پر می شود و از این رو بیمار دست از غذا خوردن می کشد

اگرچه اکثر بیماران پس از جراحی به درجه موفقیت آمیزی از کاهش وزن دست می یابند که معمولاً به عنوان کاهش وزن بیش از ۵۰٪ تعریف می شود، اقلیتی از بیماران (۱۵٪ تا ۲۰٪) وجود دارند که در رسیدن به این هدف ناکام هستند

عدم موفقیت در کاهش وزن پس از جراحی احتمالاً چند عاملی است که شامل سطح ارائه دهنده (به عنوان مثال، عوامل فنی و آموزش بیمار قبل از عمل) و ویژگی های بیمار است

انواع جراحی

انحراف بیلو پانکراتیت با سوئیچ دئودنوم در این عمل نیمی از معده برداشته می شود و یک قسمت کوچک در حدود ۶۰ میلی لیتر را باقی می ماند. کل ژژنوم از بقیه دستگاه گوارش جدا می شود. دئودنوم قطع می شود و دور انداخته می شود. در مرحله آخر کیسه صفرا نیز برداشته می شود

جراحی باریاتریک یا جراحی برای چاقی شامل بای پس معده، باندینگ معده، گاسترکتومی اسلیو معده، انحراف بیلو پانکراتیک با سوئیچ با دئودنوم است

با توجه به عوارضی که جراحی های چاقی بر سلامت دارند بهتر است به عنوان گام آخر درمان پس از رعایت رژیم غذایی و ورزش در بیمارانی که به درمان های معمول جواب نمی دهند استفاده شوند

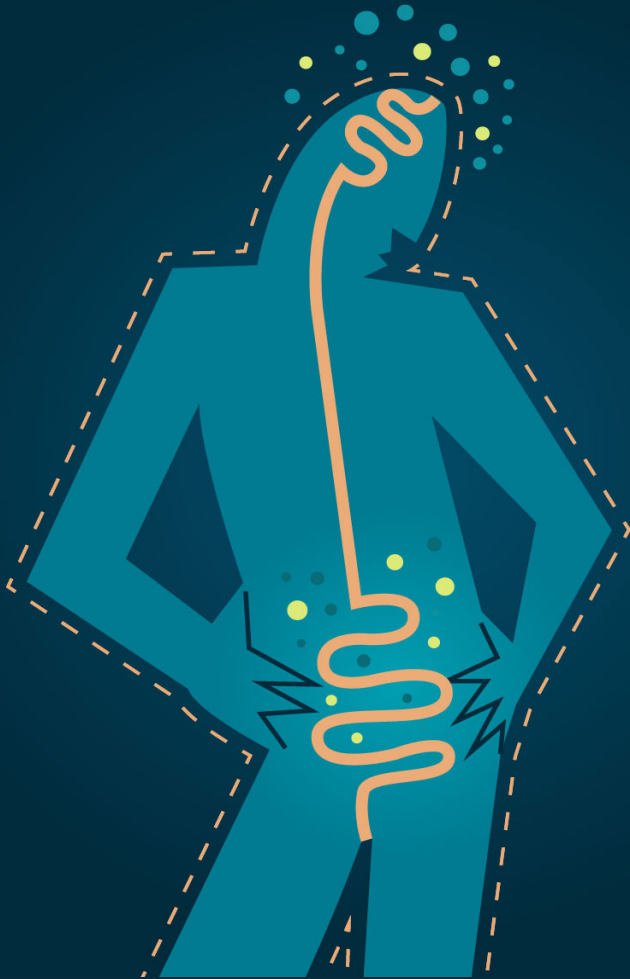
Roux-en Y متداول ترین روش های باریاتریک، بای پس معده هستند (LSG) و گاسترکتومی با اسلیو لاپاروسکوپی (RYGB)

بای پس معده

اولین قدم از مراحل بای پس معده قسمت کردن معده است. بخش کوچکی از قسمت فوقانی معده توسط استاپلر از معده جدا می شود و حجم کوچکی با ظرفیت ۳۰-۲۰ میلی لیتر ایجاد می کند. سپس بخشی از روده کوچک (سر دیستال ژژنوم) به قسمت فوقانی معده متصل می شود تا مواد غذایی مستقیماً وارد این بخش شود. سر پروگزیمال به

ژژنوم آناستاموز می گردد

سندرم روده تحریک پذیر



How does Irritable Bowel Syndrome (IBS) affect your health?



نفیسه بهرامی

دانشجو پرستاری، ورودی 99
دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

یکی از شایع ترین اختلالات IBS (Irritable Bowel Syndrome) سندرم روده تحریک پذیر یا عملکردی دستگاه گوارش است که 10-20% جمعیت جهان را به خود مبتلا کرده است. علت سندرم روده تحریک پذیر شناخته شده نیست. زنان و نوجوانان بیشتر از این بیماری رنج می برند. این بیماری هزینه قابل ملاحظه ای را بر دوش بیمار و سیستم بهداشت-درمان تحمیل کرده و به شکل قابل توجهی بر کیفیت زندگی فرد تاثیرگذار است.

روان درمانی

دارند IBS عوامل روانی - اجتماعی نقش مهمی در بروز

یکی از روش های (Gut Directed Hypnotherapy) GDH خواب درمانی است. هدف آن بازگرداندن عملکرد دستگاه گوارش به وضعیت IBS درمانی برای درمان طبیعی است و به وسیله ی تمرین آرامش، تغییر عقاید غلط و خوددرمانی صورت می پذیرد.

طب جایگزین و مکمل

طب سوزنی

به عنوان طب جایگزین به کار می رود و بر روی حرکات و ترشحات IBS در درمان دستگاه گوارش تاثیر گذار است

طب گیاهی

طبق بررسی های انجام شده تاثیرات نعنا، گشنیز و بادرنجویه (ملیسا) به خصوص در



درمان دارویی

درمان باید فردی و با توجه به ویژگی های بیمار، اثربخشی دارو و عوارض جانبی در نظر گرفته شود

درمان دارویی در عوارض حاد هیپرکورتیزولیسم (سایکوز و عفونت)، تومورهای غیرقابل برداشت یا متاستاتیک و به عنوان پیش درمان قبل از جراحی و رادیوتراپی مورد استفاده قرار می گیرد. داروها شامل مهارکننده های استروئیدوزن (کتوکونازول)، داروهای هدایت کننده تومور هیپوفیز (پاسپروتید) و آنتاگونیست های گیرنده گلوکوکورتیکوئید (میفپریتون) می باشند

رادیوتراپی

رادیوتراپی هیپوفیز یک درمان اولیه خوب برای کاندیدهای غیرجراحی است

آدرنالکتومی دو طرفه

آدرنالکتومی دوطرفه درمان قطعی سندروم کوشینگ در مواقعی که

یوکورتیزولیسم سریع ضروری است یا سایر درمان ها شکست خورده اند، می باشد

آدرنالکتومی یک طرفه

روش کم تهاجمی استاندارد برای آدنوم های یک طرفه ترشح کننده کورتیزول است. روش های لاپاراسکوپیک ایمن، موثر و کم هزینه تر از آدرنالکتومی

باز هستند. با این حال در صورت مشکوک بودن به سرطان قشر آدرنال،

آدرنالکتومی باز توصیه می شود. درمان جایگزینی گلوکوکورتیکوئید تا زمان بهبودی محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال مورد نیاز است

غریبالگری

به عنوان یک قاعده کلی، بیماران با ویژگی های غیرعادی برای سن خود مانند پوکی استخوان، فشار خون بالا، دیابت کنترل نشده و بیماران مبتلا به ندول

های آدرنال، جمعیتی پرخطر را تشکیل می دهند که باید برای غریبالگری

هیپرکورتیزولیسم در نظر گرفته شوند

علائم و نشانه ها

سندروم کوشینگ معمولاً با علائم و نشانه های مختلفی مشخص می شود که در طول زمان به آهستگی ایجاد می شوند و شامل موارد زیر می باشد

“moon faced” گرد شدن صورت که اصطلاحاً “صورت قرص ماه” یا نامیده می شود

استریا های بنفش مایل به قرمز به اندازه ۱ سانتی متر که عمدتاً در سطح شکم قرار دارند

تجمع چربی در پشت گردن و بین دو کتف که اصطلاحاً “کوهان بوفالو” نامیده می شود

پوست نازک با کبودی آسان و بهبودی ضعیف میوپاتی پروگزیمال یا ضعف عضلانی

افزایش وزن با کاهش سرعت رشد در کودکان

با این وجود، غالباً علائم غیر اختصاصی در جمعیت عمومی شایع تر است که می توان به افزایش وزن و چاقی، هیرسوتیسم و نامنظمی قاعدگی در خانم ها،

ادم محیطی، تحریک پذیری، افسردگی، اختلال حافظه کوتاه مدت، خستگی، بی خوابی و کاهش میل جنسی اشاره کرد

تشخیص

تشخیص بالینی هیپرکورتیزولیسم به دلیل مجموعه ای از علائم غیراختصاصی دشوار است. تشخیص بیوشیمیایی بر اساس سه رویکرد مختلف انجام می

شود:

ارزیابی سطح کورتیزول سرم که معمولاً صبح زود بالاتر و عصرها پایین تر است اما در بیماران سندروم کوشینگ این تفاوت وجود ندارد

ارزیابی دفع روزانه کورتیزول، با استفاده از جمع اوری ادرار ۲۴

ساعته؛ اگر در نتیجه تست، سه بار کورتیزول ادرار بالاتر از حد طبیعی باشد و یکی دیگر از تست های تشخیصی هم غیرطبیعی باشد، سندروم کوشینگ

تشخیص داده می شود

تست سرکوب دگزامتازون برای تشخیص علت هیپوفیزی و آدرنالی

سندروم کوشینگ؛ در این تست ۱ میلی گرم دگزامتازون خوراکی بین ساعت ۲۳:۰۰ تا ۲۴:۰۰ مصرف می شود و به دنبال آن کورتیزول پلاسما ناشتا بین

ساعت ۰۸:۰۰ تا ۰۹:۰۰ صبح روز بعد اندازه گیری می شود

اگر دو تست از سه تست نامبرده غیرطبیعی باشند، تشخیص سندروم کوشینگ تایید می شود

غده هیپوفیز و نمونه برداری دو طرفه سینوس پتروسال MRI همچنین از نیز در مراحل بعدی استفاده می شود (BIPSS) تحتانی

درمان

جراحی هیپوفیز

بهترین درمان اولیه (TSS) برداشتن انتخابی تومور ترانس اسفنوئیدال بیماری کوشینگ است

CUSHING'S SYNDROME

سندرم کوشینگ



زهرا پورعلی گنجی
دانشجوی پرستاری،
ورودی ۹۹
دانشگاه علوم پزشکی
بابل

هیپرکورتیزولیسم یا سندرم کوشینگ یک بیماری نادر است که به علت سطوح بالای کورتیزول به وجود می آید. شایع ترین علت بوز سندرم کوشینگ، مواجهه طولانی مدت با گلوکوکورتیکوئیدهای اگزوزن می باشد که برای درمان اختلالات ضد التهابی، خودایمنی و نئوپلاستیک استفاده می شوند. سندرم کوشینگ درون زا به دو گروه وابسته به هورمون یا مستقل از این هورمون طبقه (ACTH) آدرنوکورتیکوتروپیک غالب موارد را ACTH بندی می شود. سندرم کوشینگ وابسته به از آدنوم هیپوفیز (بیماری ACTH تشکیل می دهد که به دلیل تولید کوشینگ) و تومورهای غیر هیپوفیز مانند تومورهای عصبی غدد ریه می باشد. سندرم کوشینگ مستقل از (ACTH) (سندرم نابجای که موارد کمتری را تشکیل می دهد، بیشتر اوقات به دلیل ACTH آدنوم یک طرفه آدرنال یا کارسینوم به وجود می آید علائم و نشانه ها سندرم کوشینگ معمولاً با علائم و نشانه‌های مختلفی مشخص می‌شود که در طول زمان به آهستگی ایجاد می‌شوند و شامل موارد زیر می باشد

“moon faced” گرد شدن صورت که اصطلاحاً “صورت قرص ماه” یا نامیده می شود
استریا های بنفش مایل به قرمز به اندازه ۱ سانتی متر که عمدتاً در سطح شکم قرار دارند
تجمع چربی در پشت گردن و بین دو کتف که اصطلاحاً “کوهان بوفالو” نامیده می شود
پوست نازک با کبودی آسان و بهبودی ضعیف
میوپاتی پروگزیمال یا ضعف عضلانی
افزایش وزن با کاهش سرعت رشد در کودکان
با این وجود، غالباً علائم غیر اختصاصی در جمعیت عمومی شایع تر است که می توان به افزایش وزن و چاقی، هیپرسوتیسم و نامنظمی قاعدگی در خانم ها، ادم محیطی، تحریک پذیری، افسردگی، اختلال حافظه کوتاه مدت، خستگی، بی خوابی و کاهش میل جنسی اشاره کرد



CUSHING DISEASE

گلوکوکورتیکوئید (میفپریستون) می باشند

رادیوتراپی

رادیوتراپی هیپوفیز یک درمان اولیه خوب برای کاندیدهای

غیرجراحی است

آدرنالکتومی دو طرفه

آدرنالکتومی دوطرفه درمان قطعی سندروم کوشینگ در مواقعی که یوکورتیزولیسیم سریع ضروری است یا سایر درمان ها شکست خورده اند، می باشد

آدرنالکتومی یک طرفه

روش کم تهاجمی استاندارد برای آدنوم های یک طرفه ترشح کننده کورتیزول است. روش های لاپاراسکوپی ایمن، موثر و کم هزینه تر از آدرنالکتومی باز هستند. با این حال در صورت مشکوک بودن به سرطان قشر آدرنال، آدرنالکتومی باز توصیه می شود. درمان جایگزینی گلوکوکورتیکوئید تا زمان بهبودی محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال مورد نیاز است

غربالگری

به عنوان یک قاعده کلی، بیماران با ویژگی های غیرعادی برای سن خود مانند پوکی استخوان، فشار خون بالا، دیابت کنترل نشده و بیماران مبتلا به ندول های آدرنال، جمعیتی پرخطر را تشکیل می دهند که باید برای غربالگری هیپرکورتیزولیسیم در نظر گرفته شوند

تشخیص

تشخیص بالینی هیپرکورتیزولیسیم به دلیل مجموعه ای از علائم غیراختصاصی دشوار است. تشخیص بیوشیمیایی بر اساس سه رویکرد مختلف انجام می شود

ارزیابی سطح کورتیزول سرم که معمولا صبح زود بالاتر و عصرها پایین تر است اما در بیماران سندروم کوشینگ این تفاوت وجود ندارد

ارزیابی دفع روزانه کورتیزول، با استفاده از جمع آوری ادرار ۲۴ ساعته؛ اگر در نتیجه تست، سه بار کورتیزول ادرار بالاتر از حد طبیعی باشد و یکی دیگر از تست های تشخیصی هم غیرطبیعی باشد، سندروم کوشینگ تشخیص داده می شود

تست سرکوب دگزامتازون برای تشخیص علت هیپوفیزی و آدرنالی سندروم کوشینگ؛ در این تست ۱ میلی گرم دگزامتازون خوراکی بین ساعت ۲۳:۰۰ تا ۲۴:۰۰ مصرف می شود و به دنبال آن کورتیزول پلازما ناشتا بین ساعت ۰۸:۰۰ تا ۰۹:۰۰ صبح روز بعد اندازه گیری می شود

اگر دو تست از سه تست نامبرده غیرطبیعی باشند، تشخیص سندروم کوشینگ تایید می شود

غده هیپوفیز و نمونه برداری دو طرفه سینوس MRI همچنین از نیز در مراحل بعدی استفاده می شود (BIPSS) پتروسال تحتانی درمان

جراحی هیپوفیز

بهترین درمان (TSS) برداشتن انتخابی تومور ترانس اسفنوئیدال اولیه بیماری کوشینگ است

درمان دارویی

درمان باید فردی و با توجه به ویژگی های بیمار، اثربخشی دارو و عوارض جانبی در نظر گرفته شود

درمان دارویی در عوارض حاد هیپرکورتیزولیسیم (سایکوز و عفونت)، تومورهای غیرقابل برداشت یا متاستاتیک و به عنوان پیش درمان قبل از جراحی و رادیوتراپی مورد استفاده قرار می گیرد. داروها شامل مهارکننده های استروئیدوزنز (کتوکونازول)، داروهای هدایت کننده تومور هیپوفیز (پاسیروتید) و آنتاگونیست های گیرنده



ورزش و اضطراب



فاطمه ترکانی
دانشجوی پرستاری، ورودی ۹۷
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

این اختلال اغلب همراه با سایر اختلالات اضطرابی یا افسردگی رخ می دهد. اختلال پانیک شامل دوره های مکرر احساس ناگهانی اضطراب و ترس یا وحشت شدید است (که در عرض چند دقیقه به اوج خود می رسد) حملات پانیک ممکن است با احساس ناگواری قریب الوقوع، تنگی نفس، درد قفسه سینه، تپش قلب همراه باشد. حملات پانیک ممکن است منجر به نگرانی در مورد تکرار مجدد آنها یا اجتناب از موقعیت هایی شوند که در آن ها رخ داده اند لالی انتخابی عبارت است از ناتوانی مداوم کودکان در صحبت کردن در موقعیت های خاص، مانند مدرسه، حتی زمانی که می توانند در موقعیت های دیگر مثلا در خانه با اعضای نزدیک خانواده صحبت کنند. اختلال اضطراب جدایی اختلالی در دوران کودکی است، مربوط به جدایی از والدین یا دیگرانی که نقش والدینی دارند. اختلال اضطراب اجتماعی (فوبی اجتماعی) شامل سطوح بالایی از اضطراب، ترس و اجتناب از موقعیت های اجتماعی به دلیل احساس خجالت، خودآگاهی و نگرانی در مورد قضاوت شدن یا نگاه منفی دیگران است. فوبیای خاص با اضطراب شدید هنگام مواجهه با یک شی یا موقعیت خاص و تمایل به اجتناب از آن مشخص می شود. فوبیا باعث ایجاد حملات پانیک در برخی افراد می شود. اختلال اضطراب ناشی از مواد با علائم اضطراب یا هراس شدید که در نتیجه ی مستقیم مصرف نادرست داروها، مواد، قرار گرفتن در معرض یک ماده سمی یا ترک مواد مخدر است، مشخص می شود. سایر اختلالات اضطرابی مشخص شده و اختلالات اضطرابی نامشخص اصطلاحی است برای اضطراب یا فوبیا هایی که معیارهای دقیق هیچ اختلال اضطرابی دیگری را ندارند، اما به اندازه کافی مهم هستند که ناراحت کننده و مخرب باشند. علائم اضطراب علائم اضطراب می توانند شامل موارد زیر باشند: افکار یا باورهای اضطراب آور که کنترل آن ها دشوار است.

اختلال اضطراب نوعی بیماری روانی است. افرادی که مبتلا به اختلال اضطرابی هستند، به چیزها و موقعیت های خاصی با ترس و وحشت بسیار پاسخ می دهند، همچنین ممکن است علائم فیزیکی اضطراب مانند تپش قلب و تعریق را تجربه کنند. داشتن مقداری اضطراب طبیعی است، و معمولا در زمان حل مشکل در محل کار، رفتن به مصاحبه، شرکت در آزمون یا گرفتن یک تصمیم مهم احساس می شود؛ این اضطراب می تواند مفید باشد و به عنوان مثال در گریز از موقعیت های خطرناک و بالا بردن توجه و تمرکز یاریمان دهد. اما اختلالات اضطرابی فراتر از تجربه ی عصبی بودن منظم و ترس خفیف اند و زمانی اتفاق می افتند که اضطراب در عملکرد شما اختلال ایجاد کند. منجر به واکنش بیش از حد و غیر قابل کنترل به محرک ها شود. همه گیری آمار اضطراب در سراسر جهان نشان می دهد که اختلالات اضطرابی در سراسر جهان رایج اند. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، ۳.۶ درصد یا حدود ۲۶۴ میلیون نفر در سراسر جهان، مبتلا به اختلالات اضطرابی اند. زنان تقریبا دو برابر مردان در طول زندگی خود به اختلالات اضطرابی مبتلا می شوند. محققان همچنان در حال مطالعه اند که چرا این اتفاق می افتد. این اختلاف می تواند ناشی از هورمون های زنانه به ویژه نوسانات آن ها در طول ماه باشد. هورمون تستوسترون نیز ممکن است نقش کاهنده ی اضطراب را در مردان داشته باشد. همچنین این امکان وجود دارد که زنان کمتر به دنبال درمان باشند. چه کسانی بیشتر در معرض خطر ابتلا به اختلالات اضطرابی هستند؟ ترکیبی از عوامل ژنتیکی و محیطی می توانند خطر ابتلا به اختلالات اضطرابی را در فرد افزایش دهند که عبارتند از: برخی از ویژگی های شخصیتی، مانند خجالتی بودن، احساس ناراحتی و اجتناب از افراد، موقعیت ها یا محیط های ناآشنا. رویدادهای استرس زا یا آسیب زا در اوایل کودکی یا بزرگسالی. سابقه خانوادگی اضطراب یا سایر اختلالات روانی. برخی از شرایط فیزیکی، از جمله مشکلات تیروئید و آریتمی های (قلبی) ریتم های غیر معمول قلب. انواع اختلالات اضطرابی: انواع مختلفی از اختلالات اضطرابی وجود دارد. آگورافوبیا نوعی اختلال اضطرابی است که فرد مبتلا اغلب از مکان ها یا موقعیت هایی که ممکن است باعث وحشت یا درماندگی و خجالتش شوند اجتناب می کند. اختلال اضطراب ناشی از یک وضعیت پزشکی شامل علائم اضطراب یا وحشت شدید است که مستقیماً ناشی از یک مشکل سلامت جسمی است. اختلال اضطراب فراگیر شامل اضطراب و نگرانی مداوم و بیش از حد در مورد فعالیت ها یا رویدادهای - حتی مسائل عادی و معمولی است. نگرانی با شرایط واقعی تناسب ندارد، کنترل آن دشوار است و بر احساس فیزیکی تأثیر می گذارد.



فکر کنید و به تدریج بر آن ها بیافزایید.
 ورزش یا فعالیت بدنی را یک کار طاقت فرسا تصور نکنید
 اگر ورزش فقط «باید» دیگری در زندگی شما باشد احتمالاً در انجامش شکست
 می خورید
 موانع خود را تجزیه و تحلیل کنید
 موارد بازدارنده را از پیش رو بردارید
 برای شکست ها و موانع آماده شوید
 برای هر قدمی که در مسیر درست بر می دارید، هر چقدر هم کوچک باشد، به
 خودتان امتیاز بدهید
 اگر یک روز ورزش را کنار بگذارید، به این معنی نیست که نمی توانید یک برنامه
 ورزشی را حفظ کنید یا ممکن است آن را ترک کنید؛ فقط روز بعد دوباره امتحان
 کنید.

بی قراری
 مشکل در تمرکز
 مشکل در به خواب رفتن
 خستگی
 تحریک پذیری
 درد غیر قابل توضیح
 درمان اضطراب
 درمان های مختلفی برای این اختلال وجود دارد که در ادامه آورده
 شده اند

روان درمانی
 این درمان می تواند شامل درمان شناختی رفتاری و پیشگیری از پاسخ
 هنگام مواجهه باشد

تکنیک های سلامت مکمل، ذهن آگاهی، یوگا و استراتژی
 های خود مدیریتی مانند مدیریت استرس؛ راه هایی برای درمان
 اضطراب با استفاده از روش های جایگزین هستند

دارو درمانی
 که شامل مصرف داروهای ضد اضطراب تحت نظارت پزشک می باشد
 ورزش و اضطراب

در میان درمان های گفته شده ورزش، نیز اهمیت به سزایی دارد، اما
 ورزش چگونه به افسردگی و اضطراب کمک می کند؟
 ورزش با تاثیر بر ترشح اندورفین (هورمونی که می تواند احساس خوب
 بودن را تقویت کند)، دور کردن ذهن از نگرانی، افزایش اعتماد به
 نفس و تعامل اجتماعی بر کنترل اضطراب موثر است
 چقدر ورزش کافی است؟

انجام ۳۰ دقیقه یا بیشتر ورزش در روز به مدت سه تا پنج روز در هفته
 می تواند به طور قابل توجهی علائم افسردگی یا اضطراب را بهبود
 بخشد؛ اما مقدار کمتری از فعالیت بدنی، به اندازه ی ۱۰ تا ۱۵ دقیقه
 در هر بار فقط تفاوت هایی ایجاد می کند

ورزش هایی که تعامل شما را محدود می کنند مانند دویدن کمتر بر
 بهبود خلق و خو موثرند

لازم به تاکید است که مزایای سلامت روان ورزش و فعالیت بدنی تنها
 در صورتی حاصل می شود که فعالیت هایتان تداوم داشته باشد
 چگونه شروع کنیم و با انگیزه بمانیم؟

شروع و پایبندی به یک برنامه ورزشی یا فعالیت بدنی منظم می تواند
 یک چالش باشد. در ادامه به ذکر مواردی پرداخته ایم که می توانند در
 این راستا یاریتان دهند

مشخص کنید که از انجام چه کاری لذت می برید
 نوع فعالیت های بدنی را که احتمالاً انجام می دهید، شناسایی کنید و
 به این فکر کنید که چه زمانی و چگونه می توانید آن ها را دنبال کنید
 از حمایت متخصص روان خود بهره مند شوید
 برای راهنمایی و حمایت با پزشک یا متخصص روان خود صحبت کنید
 و در مورد یک برنامه ورزشی یا روال فعالیت بدنی و اینکه چگونه در
 برنامه کلی درمان شما قرار می گیرد بحث کنید
 اهداف معقول تعیین کنید

به طور واقع بینانه در مورد کارهایی که ممکن است بتوانید انجام دهید



خوش اندامی یا آنورکسیا!

خوردن فقط چند غذای خاص، معمولاً غذاهای کم چرب و کم کالری

داشتن آداب غذا خوردن خاص، مانند تف کردن غذا بعد از جویدن

عدم تمایل به غذا خوردن در جمع

دروغ گفتن در مورد اینکه چقدر غذا خورده‌اند

ترس از افزایش وزن که ممکن است شامل وزن کردن مکرر خود باشد

بررسی مکرر خود در آینه برای پیدا کردن عیب در اندام خود

شکایت از چاق بودن یا داشتن قسمت‌هایی از بدن که چاق هستند

پوشاندن خود با چند لایه لباس

فقدان احساسات

کناره‌گیری اجتماعی

تحریک‌پذیری بی‌خوابی

کاهش میل جنسی

علل بی‌اشتهایی عصبی

علت دقیق بی‌اشتهایی عصبی ناشناخته است. مانند بسیاری از بیماری‌ها، احتمالاً ترکیبی از عوامل زیست‌شناختی، روانشناسی و محیطی در بروز این اختلال دخیل هستند

زیست‌شناختی

گرچه هنوز مشخص نیست که کدام ژن‌ها در بروز این اختلال دخیل‌اند، اما ممکن است تغییرات ژنتیکی وجود داشته باشد که برخی از افراد را در معرض خطر ابتلا به بی‌اشتهایی عصبی قرار می‌دهد

روانشناسی

برخی از افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی ممکن است ویژگی‌های شخصیتی و سواسی داشته باشند که باعث می‌شود با وجود گرسنگی، رژیم‌های سخت را رعایت و از غذا صرف‌نظر کنند. آن‌ها ممکن است تمایل شدید به کمال‌گرایی داشته باشند که باعث می‌شود فکر کنند هرگز به اندازه کافی لاغر نیستند. یا ممکن است سطح بالایی از اضطراب داشته باشند و برای کاهش اضطراب، غذا خوردن خود را محدود کنند

محیطی

فرهنگ مدرن بر لاغری تاکید دارد و موفقیت و ارزش در این فرهنگ، به اشتباه، اغلب با لاغر بودن برابر است. فشار همسالان ممکن است به تقویت تمایل به لاغری، به ویژه در بین دختران جوان منجر شود

بی‌اشتهایی عصبی یا آنورکسیا یک اختلال عصبی و تغذیه‌ای است که در آن فرد بیمار بسیار بیشتر از میزانی که برای سن و قد وی مناسب باشد، وزن کم می‌کند. وزن این افراد معادل یا کمتر از ۸۵ درصد وزن یک انسان سالم است. این

بسیار پایینی هم داشته باشند، به دلیل ترس از چاق (BMI) اشخاص حتی اگر بودن یا چاق شدن، عمداً غذای خود را محدود می‌کنند. همچنین ممکن است این افراد برای کاهش وزن به ورزش‌های مکرر، استفاده از ملین‌ها و استفراغ روی بیابورند که اغلب این علائم می‌تواند نشان‌دهنده‌ی اختلالی دیگر به نام پرخوری عصبی (بولیمیا) نیز باشد

نوع اول با پرخوری و سپس پس دادن کالری همراه است

نوع دوم با محدود کردن مقدار غذای روزانه فرد

علائم بی‌اشتهایی عصبی

علائم فیزیکی

علائم و نشانه‌های فیزیکی بی‌اشتهایی عصبی ممکن است شامل موارد زیر باشد

کاهش وزن شدید یا عدم افزایش وزن مورد انتظار طبق نمودار رشد

ظاهر شکننده

شمارش غیرطبیعی سلول‌های خونی در آزمایش خون

خستگی

بی‌خوابی

(سرگیجه یا از حال رفتن) غش

کیبود شدن انگشتان دست

موهای نازک و شکننده یا ریزش مو

عدم قاعدگی

یبوست و درد شکم

پوست خشک یا مایل به زرد

عدم تحمل سرما

ریتم نامنظم قلب

فشارخون پایین

کم‌آبی بدن

تورم بازوها یا پاها

پوسیدگی دندان‌ها و پینه بستن انگشتان، ناشی از القای استفراغ

علائم عاطفی و رفتاری

علائم رفتاری بی‌اشتهایی عصبی ممکن است شامل تلاش برای کاهش وزن به کمک موارد زیر باشد

محدود کردن شدید مصرف غذا از طریق رژیم غذایی یا روزه‌داری

ورزش بیش از حد

پر خوری و استفراغ القایی برای دفع غذا، استفاده از ملین‌ها، تنقیه یا محصولات گیاهی

علائم و نشانه‌های احساسی و رفتاری ممکن است شامل موارد زیر باشد

مشغول بودن با غذا، که گاهی شامل پختن غذاهای مفصل برای دیگران اما نخوردن آن‌ها می‌شود

حذف مکرر وعده‌های غذایی یا امتناع از خوردن

نکار گرسنگی یا بهانه آوردن برای نخوردن

Not maintaining healthy weight

Extreme fear of weight gain

Continuous dieting

Excessive and compulsive exercising

Being obsessed with diets, calories, etc.

Very restricting of what they eat

Avoiding food or denying hunger

Developing rituals regarding food

عوارض بی‌اشتهایی عصبی

بی‌اشتهایی عصبی می‌تواند عوارض متعددی به دنبال داشته باشد و در فرم شدید ممکن است منجر به مرگ شود. مرگ ممکن است به طور ناگهانی رخ دهد، حتی زمانی که فردی به شدت کم وزن نباشد. این عارضه ممکن است ناشی از ریتم غیرطبیعی ضربان قلب (آریتمی) یا عدم تعادل الکترولیت‌ها، مانند سدیم، پتاسیم و کلسیم که تعادل مایعات را در بدن حفظ می‌کنند، باشد.

سایر عوارض بی‌اشتهایی عبارتند از کم‌خونی

مشکلات قلبی مانند افتادگی دریچه میترال، ریتم غیر طبیعی

قلب یا نارسایی قلبی

پوکی استخوان و افزایش خطر شکستگی

تحلیل عضلات

قطع عادت ماهیانه در خانم‌ها

کاهش تستسترون در مردان

مشکلات گوارشی، مانند یبوست، نفخ یا حالت تهوع

اختلالات الکترولیتی، مانند پایین بودن پتاسیم، سدیم و کلر

خون

مشکلات کلیوی

اگر فرد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی به شدت دچار سوءتغذیه شود، ممکن است همه اعضای بدن از جمله مغز، قلب و کلیه‌ها آسیب ببینند. این آسیب ممکن است به طور کامل قابل بازگشت نباشد، حتی زمانی که بی‌اشتهایی عصبی تحت کنترل باشد.

علاوه بر انبوه عوارض جسمی، افراد مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی معمولاً دچار سایر اختلالات سلامت روان نیز هستند که ممکن است شامل موارد زیر باشند:

افسردگی، اضطراب و سایر اختلالات خلقی

اختلالات شخصیت

اختلالات وسواس اجباری

سوء مصرف الکل و مواد

آسیب به خود، افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی

آنورکسیا و بارداری

ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، به ویژه متخصصان باروری، باید از میزان پیامدهای نامطلوب مربوط به بارداری در زنان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی آگاه باشند.

مادران باردار مبتلا به آنورکسیا در معرض خطر زایمان زودرس قرار می‌گیرند و احتمال جدا شدن زودرس جفت برای آنها وجود دارد.

بی‌اشتهایی عصبی در کودکان و طب سوزنی

بی‌اشتهایی دوران کودکی، یکی از رایج‌ترین علائم در کودکان، با از دست دادن طولانی مدت اشتها یا کاهش مصرف غذا یا حتی امتناع از امتحان یا خوردن برخی غذاها مشخص می‌شود.

بی‌اشتهایی بیشتر در کودکان بین ۱ تا ۶ سال دیده می‌شود و در سال‌های اخیر، روند افزایشی در بروز بی‌اشتهایی از غذا در نوزادان و پیش‌دبستانی‌ها مشاهده شده است که از ۱۴٪ تا ۵۰٪ متغیر است. اما در دوران کودکی به ۷ تا ۲۷ درصد کاهش می‌یابد.

علیرغم پیش‌آگهی کلی خوب، بی‌اشتهایی طولانی‌مدت می‌تواند منجر به سوءتغذیه شود، رشد و تکامل کودکان را تحت تأثیر قرار دهد و باعث کاهش ایمنی شود که منجر به بیماری‌های مختلف می‌شود.

بی‌اشتهایی دوران کودکی می‌تواند ناشی از عادات غذایی، تجربیات غذایی مانند نگرش والدین به تغذیه، و تأثیر رژیم غذایی والدین باشد و همچنین

ممکن است در طول بیماری یا به دلیل تأثیر عوامل فصلی یا سایر عوامل ایجاد شود.

در حال حاضر، درمان خاصی برای بی‌اشتهایی دوران کودکی وجود ندارد و در عمل بالینی، کودکان مبتلا به بی‌اشتهایی عمدتاً تحت درمان علامتی، از جمله داروهای معمولی، مانند پروکینتیک‌ها، روی، پروبیوتیک‌ها، ویتامین‌ها یا مکمل‌های حاوی آهن هستند، علی‌رغم اینکه شواهد کافی در مورد اثربخشی آنها وجود ندارد، همچنین احتمال عوارض جانبی مانند گرفتگی شکم و بثورات پوستی نیز در این موارد وجود دارد.

به دلیل ترس از عوارض جانبی و نارضایتی (CIM) طب مکمل و یکپارچه غالب از درمان‌های معمول پزشکی بی‌اشتهایی، به طور فزاینده و ترجیحی در بین والدین برای درمان بی‌اشتهایی دوران کودکی محبوب شده است. طب سوزنی با کاهش مؤثر سوء هاضمه بیمار، اندام‌های مرتبط را تغذیه می‌کند و عملکرد سالم دستگاه گوارش را بازیابی می‌کند و در نتیجه ممکن است به درمان بیماری‌ها از جمله بی‌اشتهایی کمک کند؛ با این حال، اگرچه بسیاری از مطالعات بالینی اثرات قابل توجه طب سوزنی را در درمان بی‌اشتهایی نشان داده‌اند و علیرغم پذیرش خوب بالینی، تا جایی که ما می‌دانیم، بررسی سیستماتیک اثر و ایمنی طب سوزنی برای درمان بی‌اشتهایی دوران کودکی انجام و کیفیت شواهد ارزیابی نشده است. عواقب آنورکسیا

نوجوانان مبتلا به آنورکسیا بدن خود را از کالری کافی و مواد مغذی محروم می‌کنند، که می‌تواند منجر به پیامدهای مختلف سلامت جسمی شود، از جمله:

کم‌خونی

آمنوریا؛ اگر بی‌اشتهایی در خانم‌ها باشد، ممکن است هرگز

اولین قاعدگی خود را تجربه نکند، یا قاعدگی‌شان متوقف یا کمتر شود

(استخوان شکننده) (پوکی استخوان)

(کاهش تستوسترون) (در پسران مبتلا به اختلالات خوردن)

کاهش هورمون تیروئید

کم‌آبی یا نارسایی کلیه

(تأخیر در بلوغ جسمی) (به دلیل کاهش هورمون رشد)

پوست خشک

(ادم) (تورم)

(عدم تعادل الکترولیت‌ها) (که می‌تواند منجر به تشنج شود)

(مشکلات دستگاه گوارش) (نفخ، یبوست)

(رشد موهای ریز و ریز بدن) (لانگو)

ریزش مو

بیماری قلبی

ناباروری

ضربان قلب نامنظم یا غیر طبیعی

غش کردن

فشار خون پایین

از دست دادن یا گمراهی حافظه

ضعف عضله و از دست دادن عضله

ضعف و خستگی

از دست دادن و کاهش حافظه

علاوه بر عوارض جسمی، بی‌اشتهایی با پیامدهای مختلف سلامت عاطفی و روانی، از جمله عزت نفس پایین، ارتباط دارد. بسیاری از نوجوانان مبتلا به آنورکسیا غالباً کمال‌گرایان سخت‌گیر هستند.

علی‌رغم این واقعیت که آنها معمولاً نمرات خوبی کسب می‌کنند و در

فعالیت‌های بعد از مدرسه نیز سرآمد هستند، اما اغلب اعتماد به نفس

پایینی دارند و نیاز به کنترل افراد و چیزهای اطراف خود دارند. این ویژگی

ANOREXIA NERVOSA

Anorexia nervosa is a clinical syndrome characterized by low body weight, amenorrhoea, distorted body image, and an intense fear of gaining weight.

Symptoms:

General

- Emaciation
- Hypokalemia
- Hypophosphataemia
- Metabolic alkalosis
- Hypoglycaemia
- Anemia or pancytopenia

Stomach

- Vomiting
- Purging
- Binge eating
- Constipation

Mind

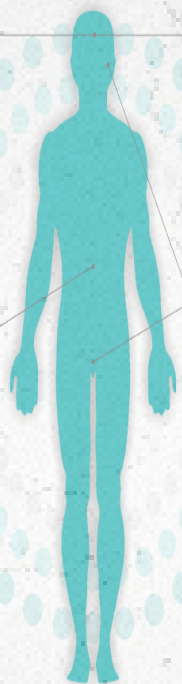
- Low mood
- Deliberate self-harm
- Suicidal ideation
- Obsessions and compulsions

Sexual

- Amenorrhoea and infertility
- Reduced libido

Skin

- Dry skin and brittle nails



होम्योपैथिक क्लीनिक



www.homeopathic.in

Shreeji Nagar-3, Madhvan Park, B/h Netri Pani Puri, Nr. Indira Circle, 150 feet Ring Road, Rajkot. M. +91.97272 53777

CAUSES

- Cerebral abnormality
- Genetics
- Serotonin dysregulation
- Zinc deficiency
- Childhood sexual abuse
- Occupation

DIET & REGIMEN

- Nutritional Rehabilitation
- Meditation
- High-Calorie Intake
- Avoid over exercising
- Don't think much about weight

TREATMENT

- Behaviour therapy
- Individual psychotherapy
- Hospitalization
- Drug Therapy: 1. Antipsychotics
- 2. Antidepressants
- 3. Cyproheptadine
- Psycho-education

MEDICINES

- Arsenicum alb
- Carcinosin
- Ignatia
- Natrum mur
- Phosphoric acid
- Platino
- Pulsatilla

های شخصیتی ممکن است واضح باشد یا ظریف باشد ، اما می تواند به سمت تمایل به بی اشتها بی باشد
درمان آنورکسیا

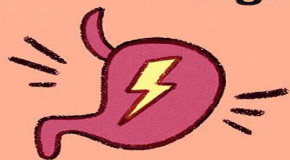
اگر گمان می کنید نوجوان شما دچار اختلال در خوردن شده است ، بلافاصله به دنبال درمان باشید در مورد نگرانی های خود با پزشک نوجوان خود صحبت کنید و در مورد گزینه های درمانی که اغلب هدف این موارد است صحبت کنید

وزن و تغذیه ای را که به دلیل رژیم های غذایی شدید و پاکسازی از دست رفته است ، بازیابی کنید هرگونه اختلال روانی ، مانند تحریف تصویر بدن ، عزت نفس پایین و درگیری های بین فردی یا عاطفی را درمان کنید بهبودی طولانی مدت یا بهبودی کامل را بدست آورید هیچ درمانی یکسان و کاملی وجود ندارد ، اما در زمینه درمان نوجوانان مبتلا به آنورکسیا در طی دهه گذشته پیشرفت های چشمگیری در روند درمان وجود داشته است

مداخله زودهنگام احتمال بهبودی موفقیت آمیز نوجوانان از یک اختلال خوردن را بهبود می بخشد ، بنابراین منتظر نمانید اولین قدم شما تشخیص علائم مرتبط با اختلالات خوردن ، است تا راه های بالقوه برای کمک را بیابید

درمان اختلالات خوردن ممکن است شامل توانبخشی تغذیه ای و روان درمانی باشد ، از جمله درمان فردی (درمان مبتنی بر نوجوانی) ، خانواده درمانی (خانواده درمانی سیستمیک) یا حتی درمان مسکونی ای برای درمان آنورکسیا وجود ندارد FDA هیچ داروی مورد تأیید مراقبت از نوجوان مبتلا به اختلال خوردن می تواند ترسناک و طاقت فرسا باشد و متأسفانه هیچ راه حل ساده ای برای آن وجود ندارد. به دلیل ماهیت پیچیده بیماری ، کمک گرفتن از متخصصان در کنار والدین دیگری که تجربه اختلالات خوردن را دارند کلیدی است

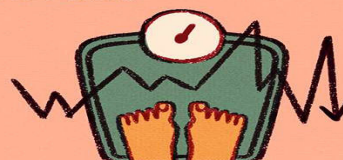
Signs of Binge Eating Disorder



Eating until uncomfortably full



Eating to ease stress and anxiety



Recording weight fluctuation



Consuming excessive amounts of food in short periods



Feeling desperate to control eating and lose weight



Self-disgust, guilt, and depression after binge eating

سفالوسپورین ها



محمدطاها عسگری

دانشجوی پرستاری، ورودی ۱۴۰۱

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

آنتی بیوتیک ها؛ یک دسته از داروها که مطمئناً نام آنها را خیلی شنیده اید آنتی بیوتیک ها هستند؛ این دسته از دارو ها تقسیم بندی های مختلفی دارند که یکی از آن ها سفالوسپورین ها هستند؛ سفالوسپورین ها در دسته ی بتالاکتام ها قرار دارند. ما در این مقاله قصد داریم به بررسی دقیق تر این گروه از دارو ها بپردازیم.

مکانیسم اثر سفالوسپورین ها

مکانیسم اثر سفالوسپورین ها همانند سایر بتالاکتام هاست، به این صورت که با اتصال به پروتئین های دیواره ی سلولی باکتری، موجب تخریب و از بین رفتن باکتری می شوند.

نسل های مختلف سفالوسپورین ها در

ایران

- نسل اول: cefazolin, cephalexin
- نسل دوم: cefaclor, cefuroxime
- نسل سوم : ceftazidime, cefotaxime, ceftriaxone, ceftizoxime ,cefixime
- نسل چهارم : cefepime

سفالوسپورین های نسل اول (موثر بر گرم مثبت ها)

cephalexin (Keflex)

اشکال دارویی:

- کپسول ۲۵۰ و ۵۰۰ میلی گرم
- سوسپانسیون ۱۲۵ و ۲۵۰ میلی گرم در ۵ میلی لیتر

طبقه بندی مصرف در حاملگی رده B

اندیکانسیون (موارد مصرف):

۱. عفونت ژنیتال
۲. عفونت استخوان
۳. اوتیت مدیا
۴. uncomplicated cystitis
۵. عفونت پوستی
۶. عفونت های تنفسی
۷. فارژنیت استرپتوکوکی (در حساسیت با پنی سیلین)
۸. سلولیت و ماستیت

کنتراندیکانسیون ها (موارد منع مصرف)

- حساسیت دارویی

عوارض مصرف دارو

- درد شکم
- آنمی
- آنژیوادم
- گیجی
- اسهال
- افزایش آنزیم های کبدی
- خستگی
- گاستریت
- حساسیت دارویی

مراقبت های پرستاری

- سوسپانسیون دارو، در یخچال ۱۴ روز پایدار خواهد بود.
- در صورت بروز اسهال باید با پزشک مشورت شود.
- می تواند قبل یا بعد از غذا مصرف شود ولی به دلیل عوارض گوارشی بهتر است پس از غذا مصرف شود.
- برای کاهش عوارض گوارشی در اطفال بهتر است در دوز های منقسم مصرف شود.

Cefazolin (kefzol)

اشکال دارویی

- ویال ۲۵۰، ۵۰۰، ۱۰۰۰ میلی گرم

طبقه بندی مصرف در حاملگی رده B

اندیکانسیون ها (موارد مصرف)

۱. عفونت های خفیف تا متوسط
۲. عفونت خفیف با کلکسیون گرم مثبت
۳. کله سیستیت خفیف تا متوسط
۴. عفونت بدون عارضه دستگاه ادراری
۵. آماده سازی برای جراحی (پروفیلاکسی)
۶. کراتیت باکتریایی

موارد منع مصرف

حساسیت دارویی

نحوه ی تزریق

می تواند به صورت IV مستقیم (۳ تا ۵ دقیقه) و انفوزیون وریدی طی ۳۰ دقیقه استفاده شود.

مراقبت های پرستاری

- سفازولین حاوی سدیم است؛ بنابراین در بیمارانی که محدودیت مصرف سدیم دارند باید مورد توجه باشد.
- اگر به جای کلوزاسیلین بخواهیم از یک فرم تزریقی استفاده کنیم، از سفازولین استفاده می کنیم.
- نکته: به علت نفوذ مناسب در استخوان در استئومیلیت ، عفونت های پوستی و پیشگیری از عفونت های جراحی بسیار پرمصرف است.

سفالوسپورین های نسل دوم (موثر بر گرم مثبت ها و گرم منفی ها)

Cefuroxime (zinacef, farinat)

اشکال دارویی

- قرص ۲۵۰، ۵۰۰ میلی گرم
- سوسپانسیون ۱۲۵ میلی گرم در ۵ میلی لیتر

○ ویال : ۷۵۰، ۱۵۰۰ میلی گرم

موارد مصرف

- فارنژیت
- تونسیلیت
- سینوزیت ماگزیلاری باکتریال حاد
- برونشیت مزمن
- پنومونی بدون عارضه
- UTI بدون عارضه

موارد منع مصرف

حساسیت دارویی

شیوه تزریق

به صورت IV مستقیم طی ۳ الی ۵ دقیقه و انفوزیون طی ۱۵ الی ۳۰ دقیقه

مراقبت های پرستاری

دارو بعد از غذا مصرف شود.

تنها سفالاسپورین نسل دوم است که از سد خونی - مغزی عبور می کند.

اگر سفتریاکسون تزریقی وجود نداشت یا منع مصرف داشت، از این دارو استفاده می کنیم.

Cefaclor (ceclor)

اشکال دارویی

- قرص ۲۵۰ و ۵۰۰ میلی گرم
- سوسپانسیون ۱۲۵ و ۲۵۰ میلی گرم در ۵ میلی لیتر

موارد مصرف

۱. عفونت های راه تنفسی تحتانی
۲. اوتیت مدیا
۳. عفونت های پوستی
۴. UTI
۵. برونشیت
۶. فارنژیت
۷. تونسیلیت

موارد منع مصرف

حساسیت دارویی

مراقبت های پرستاری

به علت وجود فرم سوسپانسیون اکثرا در کودکان استفاده و در فارنژیت و عفونت ادراری در هر ۸ ساعت بعد از غذا و در اوتیت مدیا هر ۸ ساعت به مدت ۱۰ روز استفاده می شود.

سفالاسپورین های نسل سوم (موثر بر باکتری های گرم منفی ها)

Cefixime(farexime)

اشکال دارویی

- قرص های ۲۰۰، ۴۰۰ میلی گرم
- سوسپانسیون ۱۰۰ میلی گرم در ۵ میلی لیتر
- کپسول ۲۰۰، ۴۰۰ میلی گرم

رده بندی مصرف در حاملگی رده B

اندیکانسیون(موارد مصرف)

۱. انواع عفونت های گوارشی، ادراری و تنفسی
۲. برونشیت حاد و مزمن
۳. اوتیت مدیا
۴. فارنژیت، تونسیلیت
۵. گنوره uncomplicated
۶. uncomplicated UTI
۷. تب تیفوئیدی

کنتراندیکاسیون (موارد منع مصرف)

حساسیت دارویی

عوارض احتمالی دارو

- اسهال
- استفراغ
- درد شکم
- کاندیدیازیس
- گیجی
- سر درد
- افزایش BUN و کراتین

مراقبت های پرستاری

- برای کاهش عوارض گوارشی بهتر است بعد از غذا مصرف شود.
- در صورت اسهال شدید و حاوی خون و چرک، کرامپ شدید شکمی، بثورات جلدی و کهیر مصرف دارو باید قطع شود.
- سوسپانسیون دارو تا ۱۴ روز در یخچال قابل نگهداری است.
- در افراد دارای نقص کبدی ، کلیوی و تحت درمان با ضد انعقاد ها باید با احتیاط مصرف شود.

چند نکته ی مهم

همه آنتی بیوتیک های خوراکی مورد استفاده در فارنژیت استرپتوکوکی باید حداقل ۱۰ روز مصرف شوند.

سفیکسیم هیچ گاه داروی خط اول درمان نیست و به عنوان رژیم دارویی جایگزین استفاده می شود.

وجود قرص و کپسول با دوز یکسان به دلیل حساسیت برخی بیماران به پوشش ژلاتینی فرم کپسول است و بعضی نیز نمی توانند قرص را مصرف کنند.

Ceftriaxone (reception)

اشکال دارویی

- ویال ۰,۵ و ۱ میلی گرم

طبقه بندی مصرف در حاملگی رده B

اندیکانسیون(موارد مصرف)

۱. عفونت های شکمی
۲. اوتیت مدیای باکتریایی حاد
۳. بیماری التهابی لگن
۴. شوک سپتیک / شوستیک
۵. عفونت نکروز دهنده پوست و بافت های نرم
۶. رینوسینوزیت باکتریال حاد شدید
۷. مننژیت
۸. عفونت پروتز مفصل

۹. پروفیلاکسی جراحی

۱۰. پیلونفریت حاد

۱۱. عفونت گنوکوکال

کنتراندیکاسیون (موارد منع مصرف)

○ حساسیت دارویی

○ تزریق سفتریاکسون حاوی لیدوکائین

در نوزادان هایپر بیلی روبینمی به خصوص نوزادان نارس

○ مصرف همزمان با کلسیم (خطر بروز رسوب کشنده ی کلسیم و سفتریاکسون در ریه و کلیه ها)

○ در نوزادان کمتر از ۲۸ روز به هیچ وجه داروی IV حاوی کلسیم در ۴۸ ساعت بعد از مصرف این دارو استفاده نشود؛ در نوزادان بیشتر از ۲۸ روز می توان پس از سفتریاکسون از این دارو استفاده کرد ولی به طور همزمان در IV لاین مشترک ناسازگار است.

عوارض احتمالی دارو

○ اسهال

○ افزایش آنزیم های کبدی

○ سنگ های کلیوی

○ افزایش کراتین

○ زردی

○ هماچوری

○ کاندیدیازیس

○ آنافیلاکسی

نحوه تزریق دارو

تزریق IV طی ۳ الی ۴ دقیقه و انفوزیون وریدی طی ۳۰ دقیقه انجام می شود.

مراقبت های پرستاری

○ به دلیل داشتن سدیم در بیمارانی که محدودیت مصرف سدیم دارند باید پایش مستمر صورت گیرد.

○ مصرف دوزهای بزرگ و طولانی مدت، بیمار را در معرض عفونت های ثانویه قرار می دهد.

○ با آمینو گلیکوزید ها در یک سرم استفاده نشود.

○ سطح سرمی دارو در بیماران کبدی و کلیوی بررسی شود.

○ فواصل تزریقی آن هر ۱۲ ساعت یک بار است.

○ در نوزادان زیر دو ماه به دلیل خطر افزایش بیش از حد بیلی روبین و کرن ایکترس نباید استفاده شود.

○ در صورت بروز درد های کولیکی دارو متوقف شود.

○ با سرم رینگر و رینگر لاکتات به علت وجود کلسیم استفاده نشود.

○ تزریق دارو به صورت مسقیم و بدون وقفه موجب کلاپس عروقی می شود.

Ceftizoxime(zoxime)

اشکال دارویی

ویال ۵۰۰ و ۱۰۰۰ میلی گرم

موارد مصرف

۱. اثر مناسب بر باکتری های بی هوازی و عفونت های شکمی

۲. التهاب لگن

۳. گنوره

۴. UTI

موارد منع مصرف

حساسیت دارویی

نحوه تزریق

IV مستقیم با سرعت ۱۰۰ میلی گرم در دقیقه و انفوزیون طی ۳۰ دقیقه

Cefotaxime

اشکال دارویی

ویال ۵۰۰ و ۱۰۰۰ میلی گرم

موارد مصرف

۱. به علت نفوذ خوب در CSF در مننژیت کاربرد دارد.

۲. عفونت گنوکوکال دهانه رحم و رکتال

۳. آماده سازی جهت جراحی و عفونت های ناشی از ارگانسیم های متعدد

موارد منع مصرف

حساسیت به دارو یا اجزای آن

روش تزریق

IV مستقیم طی ۳ الی ۵ دقیقه و انفوزیون وریدی طی ۳۰ دقیقه

Ceftazidime

اشکال دارویی

ویال ۵۰۰ و ۱۰۰۰ و ۲۰۰۰ میلی گرم

موارد مصرف

۱. از مهم ترین سفالسپورین های نسل سوم که به دلیل اثر ضد سودوموناس، در عفونت های شدید و مقاوم کاربرد دارد.

۲. عفونت های مفصل و استخوان ها

۳. عفونت ژنیتال و شکمی

۴. عفونت های ریوی

۵. مننژیت

۶. پنومونی

۷. عفونت های پوستی خفیف

۸. UTI

موارد منع مصرف

حساسیت دارویی

مراقبت های پرستاری

○ معمولا ۱ تا ۲ گرم هر ۸ ساعت است و دوز ضد سودوموناس ۲ گرم هر ۸ ساعت می باشد.

سفالسپورین های نسل چهارم (تاثیر بسیار مناسب بر باکتری های گرم مثبت و باکتری های گرم منفی)

تنها سفالسپورین نسل چهارم در بازار دارویی ایران که کاربردی صرفا بیمارستانی دارد سفپیم است.

Cefepime (maxipime)

اشکال دارویی

ویال ۵۰۰ و ۱۰۰۰ و ۲۰۰۰ میلی گرم

طبقه بندی در حاملگی رده B

موارد مصرف

۱. پنومونی
۲. Febrile neutropenia
۳. UTI
۴. عفونت های پوستی و شکمی

موارد منع مصرف

حساسیت دارویی

عوارض احتمالی دارو

- مثبت شدن تست کومبس بدون همولیز
- راش
- اریتم محل تزریق
- تهوع
- استفراغ
- تب
- سر درد
- شوک آنافیلاکسی
- تحریک پذیری عصبی عضلانی
- صرع غیر تشنجی
- آفازی
- آنسفالوپاتی

روش تزریق

IV مستقیم طی ۵ دقیقه و انفوزیون وریدی طی ۳۰ الی ۶۰ دقیقه

مراقبت های پرستاری

- نمونه جهت کشت و تست حساسیت میکروبی قبل از درمان گرفته شود.
- هنگام انفوزیون قطع سایر محلول ها توصیه می شود.
- در بیماران با کاهش، عملکرد کلیوی بایستی عملکرد کلیه قبل از شروع و حین درمان بررسی شود.
- در صورت لزوم به دلیل درمان طولانی مدت با دارو یا کاهش

عملکرد کلیه یا وضعیت بد تغذیه ای

Vitk استفاده شود.

- گلوکز ادرار در صورت مصرف دارو ممکن است به روش clinitest مثبت گزارش شود لذا باید از تست هایی چون chemstrip و diastik استفاده شود.

نکات کلی پیرامون سفالسپورین ها

سفالوسپورین ها موجب افت عملکرد پروترومبین می شوند که این مسئله در بیماران مبتلا به اختلالات کلیوی و کبدی و سوء تغذیه بیشتر است؛ بنابراین باید pt بیماران طی مصرف این داروها بررسی شود و در صورت لزوم از vit k استفاده گردد.

همه پنی سیلین ها و سفالوسپورین ها در رده بندی B هستند و در سه ماهه اول بارداری با احتیاط و در دوران شیردهی نباید مصرف شوند.

سفالسپورین های نسل سوم از رایج ترین دارو های این دسته هستند.

CEFAZOLIN MECHANISM OF ACTION



کولیت اولسراتیو



خانم کریمی شعار

دانشجوی پرستاری، ورودی ۱۴۰۱

دانشگاه علوم پزشکی تبریز

کولیت اولسراتیو متعلق به گروهی از بیماری‌ها به نام بیماری‌های التهابی روده است که باعث بروز التهاب و زخم در دستگاه گوارش می‌شود.

این بیماری زمانی رخ می‌دهد که پوشش روده بزرگ یا رکتوم یا هر دو دچار التهاب شوند؛ التهاب معمولاً از قسمت راست روده آغاز می‌شود و کم‌کم کل روده بزرگ را در بر می‌گیرد تا جایی که دیگر منطقه سالمی در بین بخش‌های درگیر وجود ندارد.

معمولاً کولیت داخلی‌ترین لایه را درگیر می‌کند و با مرگ سلول‌های پوششی منجر به بروز زخم و خونریزی و ترشح از آن‌ها می‌گردد.

کولیت اولسراتیو یک بیماری مزمن است که با درمان قابل کنترل است اما درمان قطعی ندارد. درمان می‌تواند علائم و نشانه‌های بیماری را کاهش دهد و حتی باعث بهبودی طولانی مدت شود؛ اغلب مبتلایان به کولیت اولسراتیو زندگی طبیعی و مفیدی دارند.

افراد در سنین مختلف می‌توانند مبتلا به این بیماری شوند و اکثر افراد مبتلا به این بیماری بین ۱۵ تا ۳۵ سال سن دارند.

علائم و نشانه‌های کولیت

علائم کولیت اولسراتیو بستگی به شدت التهاب و محل التهاب دارد:

- اسهال (اغلب با خون)
- درد شکم و گرفتگی روده
- درد رکتوم
- خون ریزی رکتال
- انتقال مقدار کمی خون به مدفوع
- احساس فوری برای دفع مدفوع
- کاهش وزن
- خستگی
- تب
- عدم رشد در کودکان

البته همه علائم و نشانه‌ها می‌توانند در یک فرد سالم هم دیده شوند؛ اکثر افراد مبتلا علائم خفیف تا متوسط و طول دوره‌های متفاوتی از بیماری را تجربه می‌کنند.

انواع کولیت اولسراتیو

پزشکان اغلب کولیت اولسراتیو را با توجه به محل رخ دادن آن طبقه‌بندی می‌کنند که عبارتند از:

- پروکتیت اولسراتیو
به التهاب محدود به ناحیه رکتوم اشاره دارد. در این نوع کولیت خون ریزی از رکتوم اتفاق می‌افتد و شدت خفیف‌تری نسبت به سایر انواع دارد.
- پروکتوسیگومیتیت
التهاب شامل التهاب رکتوم و کولون سیگموئید (قسمت کوتاهی از محل اتصال روده بزرگ به مقعد) است. اسهال خونی، گرفتگی شکمی و درد شکمی و عدم توانایی حرکت روده‌ها به رغم تمایل به انجام این کار (تانسموس) از علائم این نوع است.
- کولیت چپ
التهاب از رکتوم یا سیگموئید به قسمت نزولی روده بزرگ ادامه می‌یابد. اسهال، خون ریزی، گرفتگی شکمی و درد شکمی در سمت چپ و کاهش وزن ناخواسته از علائم این نوعند.
- پانکولیت یا کولیت سر تاسری

اشاره به تورم و التهاب کل روده بزرگ) کولون راست و چپ، کولون عرضی و مقعد) دارد.

پانکولیت اغلب باعث اسهال و خون ریزی از روده می‌شود که می‌تواند شدید باشد، از علائم دیگر آن می‌توان گرفتگی شکمی و درد شکمی، خستگی و کاهش وزن قابل توجه را نام برد.

● کولیت برق آسا یا بد خیم

شکلی نادر و با شدت پانکولیت است. این شکل نادر کولیت بر کل روده تأثیر می‌گذارد و باعث درد شدید، اسهال فراوان و خون ریزی، تب و ناتوانی در خوردن می‌شود.

علل بروز کولیت اولسراتیو

بروز کولیت و التهاب روده بزرگ می‌تواند ناشی از انواع بیماری‌ها و عفونت‌ها باشد. در ادامه به برخی از شایع‌ترین علل احتمالی کولیت اشاره شده است:

● کولیت عفونی

ویروس‌ها و باکتری‌ها می‌توانند به دنبال مسمومیت غذایی عفونت کولون ایجاد کنند و علت کولیت‌ها باعث اولسراتیو باشند. متداول‌ترین باکتری‌هایی که باعث عفونت می‌شوند عبارتند از: شیگلا، اکولی، سالمونلا و کمپیلو باکتر.

● کولیت ایسکمیک

یک علت کولیت کاهش خون‌رسانی به روده بزرگ است. شریان‌هایی که خون را به روده می‌رسانند مثل هر شریان دیگری در بدن می‌توانند به علت آترواسکلروز دچار محدودیت شوند خون‌رسانی به روده بزرگ را با مشکل مواجه سازند.

علاوه بر مورد فوق اختلال خون‌رسانی به دنبال به هم پیچ خوردگی روده یا یک فتق انسدادی نیز می‌تواند به وقوع بپیوندد.

• بیماری خودایمنی

تصور می شود که کولیت می تواند ناشی از یک بیماری خود ایمنی باشد که در آن سیستم ایمنی بدن به روه بزرگ حمله می کند و باعث التهاب آن می شود.

• کولیت مرتبط با دارو

کولیت می تواند به دنبال مصرف برخی از دارو های ضد بارداری و دارو های ضد التهاب غیر استروئیدی، مایکوفنولات، ایپالیمیوب و اسید رتینوئیک به وقوع بپیوندد.

افراد در خطر

کولیت اولسراتیو می تواند هر دو گروه زنان و مردان را تحت تاثیر قرار دهد. ریسک فاکتور های این بیماری عبارتند از :

○ سن

معمولا قبل از ۳۰ سالگی شروع می شود اما در هر سنی ممکن است رخ دهد؛ بعضی از افراد تا سن ۶۰ سالگی علائم آن را تجربه نمی کنند.

○ نژاد یا قومیت

سفید پوستان بیشترین خطر ابتلا به این بیماری را دارند اما در هر نژادی ممکن است کولیت رخ دهد.

○ سابقه خانوادگی

عوارض کولیت اولسراتیو

کولیت اولسراتیو خطر ابتلا به سرطان روده بزرگ را افزایش می دهد لذا غربالگری منظم به کاهش خطر ابتلا به سرطان کولون کمک می کند .

فرد مبتلا با پیگیری صحیح می تواند خطر ابتلا به سرطان پیفرته را به حداقل برساند. عوارض دیگر کولیت اولسراتیو عبارتند از :

کمبود آب شدید

○ بیماری کبدی (نادر)

○ خون ریزی روده

○ سنگ کلیه

○ التهاب پوست، مفاصل و چشم

○ پارگی کولون

○ اسپوندیلیت یا التهاب مفاصل بین

استخوان های ستون فقرات

رژیم غذایی افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو

فرد مبتلا به این عارضه می تواند با خوردن یا پرهیز از غذا هایی خاص این مشکل را مدیریت کند البته باید گفت که برای افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو رژیم غذایی واحدی وجود ندارد ولی با کمی آزمون و خطا می توان غذا های کاهش دهنده علائم و به عکس غذاهایی که این بیماری را تشدید می کنند را شناسایی کرد.

افراد مبتلا باید از غذاهایی استفاده کنند که مقدار قابل توجهی پتاسیم، فولات، روی، منیزیم کلسیم و آهن، ویتامین ب ۱۲ و ویتامین ب ۶ داشته باشد .

نیاز به پروتئین نیز در این بیماران افزایش می یابد که بسته به شدت و مرحله بیماری و حفظ تعادل مثبت نیتروژن (معمولا بین ۳/۱ تا ۵/۱ گرم به ازاری هر کیلو گرم وزن بدن) توسط متخصص تغذیه تنظیم می شود.

در ضمن بهتر است مصرف هر گونه مکمل هم تحت نظر متخصص تغذیه باشد.

درمان کولیت اولسراتیو

کولیت اولسراتیو از بیماری های التهابی روده با علت ناشناخته است که به صورت حملات راجعه التهابی در لایه مخاط و گه گاه زیر مخاط روده بروز پیدا می کند.

بر پایه دانسته های پزشکی در مورد پاتوژنز این بیماری درمان های جدید بر پاسخ ایمنی روده و پروسه التهابی متمرکز شده اند اما همچنان استفاده وسیع از درمان هایی مانند آمینوسالیسیلات ها و کورتیکواستروئید ها ادامه دارد.

در این میان به نظر می رسد دارو های جدید تر از کلاس آمینوسالیسیت ها در درمان موثر تر باشند و علاوه بر این بیماران نیز نسبت به آن ها تحمل بیشتری نشان داده اند.

بر اساس مطالعه ی انجام شده بر ۲۷۲ نفر مبتلا به کولیت در ارتباط با مقایسه ویژگی های جمعیت شناختی، شدت و عوارض بیماری کولیت اولسراتیو و راهبرد های شناختی تنظیم هیجان در بیماران با و بدون علائم افسردگی؛ افسردگی از جمله شایع ترین اختلالات روان شناختی در بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو است.

در این مقاله مشخص شد که بیماران با علائم افسردگی در مقایسه با بیماران بدون علائم افسردگی علائم شدید تر بیماری و عوارض بیشتری را تجربه می کنند؛ همچنین در همه ابعاد راهبرد های شناختی تنظیم هیجان، بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد و بیماران کولیت اولسراتیو با علائم افسردگی در مقایسه با بیماران بدون علائم افسردگی نمرات بالاتری در راهبرد های ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان کسب کرده اند.

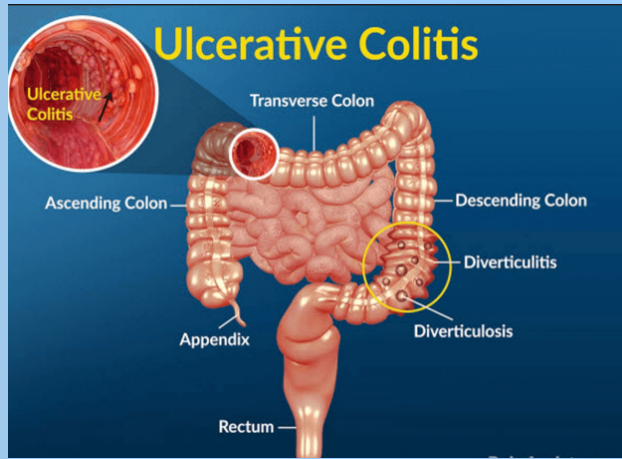
با توجه به نتایج ذکر شده می توان گفت که افسردگی و راهبرد های شناختی تنظیم هیجان از جمله مولفه های مرتبط با علائم جسمی و سلامت روان شناختی بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو هستند.

در کار آزمایشی بالینی نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون به پس آزمون با گروه گواه و پیگیری یکساله و جامعه آماری شامل افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو شهر کرج که جهت درمان در نیمه دوم سال ۱۳۹۷ به کلینیک گوارشی بیمارستان باهنر مراجعه کرده بودند؛ نمونه ای به حجم ۳۴ نفر از افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه (۱۷ نفر در گروه آزمایش و ۱۷ نفر در گروه گواه) تقسیم شدند.

گروه آزمایش در ۱۲ جلسه آموزش ذهن مشفق گیلبرت ۲۰۱۰ شرکت کردند و برای گروه گواه کارگاه آموزشی ۳ ساعته درباره بیماری کولیت اولسراتیو برگزار گردید.

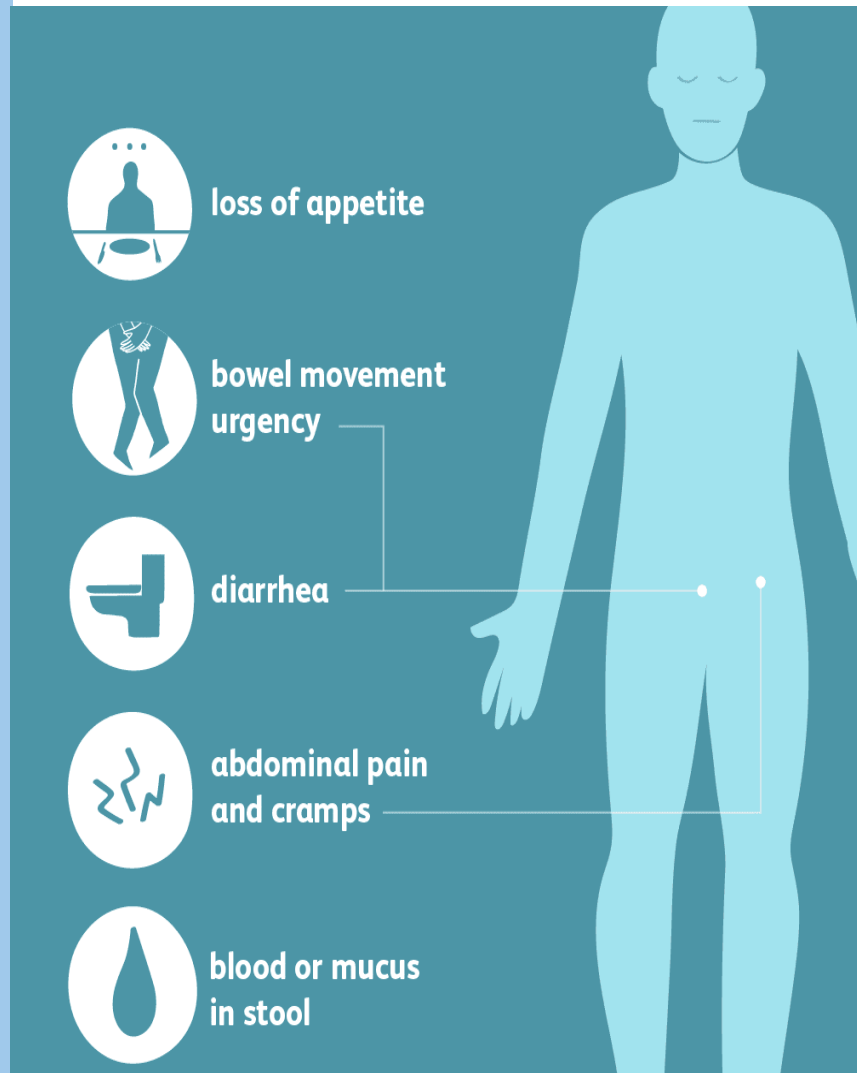
نتیجه حاصل این بود که با توجه به اثر بخشی آموزش ذهن مشفق بر علائم جسمانی افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو استفاده از این مداخله می

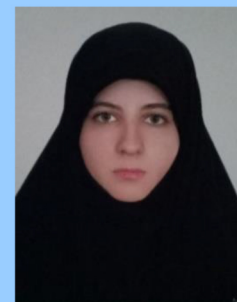
Ulcerative colitis



تواند به عنوان درمان مکمل در کنار درمان های پزشکی جهت ارتقای خدمات سلامت روانی و ایجاد سیاست های مرتبط با آن در جامعه مورد توجه واقع شود.

کولیت اولسراتیو یک بیماری التهابی مزمن با ماهیت ناشناخته و عود کننده است. استفاده از مداخلاتی که بتواند در پیشگیری از عود و یا بهبود علائم جسمانی موثر واقع شود تاثیر زیادی در بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی این بیماران خواهد داشت.





فاطمه محمدی سلیمانی

دانشجوی پرستاری، ورودی ۱۳۹۹

دانشگاه علوم پزشکی گناباد

سلولهای بدن برای ادامه حیات و انجام فعالیت‌های طبیعی خود به درجه حرارت مناسب نیاز دارند و دمای متعادل و در یک محدوده خاص برای این امر ضروری است چنانچه دمای محیط از این محدوده کمتر و یا بیشتر گردد می‌تواند عوارض جبران‌ناپذیری برای دستگاه‌های مختلف ایجاد نماید.

مهمترین روشها و مکانیسم‌های دفع حرارت بدن عبارتند از:

- ۱- انتقال: که از این طریق حدود ۳٪ حرارت به اشیاء و وسایلی که با بدن تماس دارند.
- ۲- هدایت: از این طریق حدود ۱۵٪ حرارت ایجاد شده به هوای اطراف بدن منتقل می‌شود.
- ۳- تشعشع: از این طریق حدود ۶۰٪ حرارت به محیط منتقل می‌گردد.
- ۴- تبخیر و تعریق: از این طریق حدود ۲۲٪ حرارت به همراه آب و الکترولیتها منتقل می‌شود.

گرمزدگی؛ عدم توانایی بدن در دفع گرما و افزایش دمای درون بدن به حدود چهل درجه سانتی‌گراد است
علل گرمزدگی:

کمبود آب بدن

ورزش یا فعالیت سنگین در گرما

قرار گرفتن در دمای بالا

تغییرات ناگهانی دما

داروهای خاص

شاخص حرارت بالا

چاقی

سن بالا یا کم

پوشیدن لباس زیاد

مصرف الکل

علائم گرمزدگی:

افزایش دمای بدن

سردرد

سرگیجه و ضعف

بی‌اشتهایی

تشنگی بسیار

تاکی کاردی

تند نفس کشیدن

پوست خنک و مرطوب

گرفتگی عضلات

حالت تهوع

تعریق شدید

اقدامات اولیه:

اگر مشکوک هستید که شخصی دچار گرمزدگی شده حتما با اورژانس تماس بگیرید و یا فرد را به بیمارستان منتقل کنید. هرگونه تأخیر در رسیدن کمک پزشکی می‌تواند کشنده باشد.

در حالی که منتظر رسیدن امدادگران هستید، کمک‌های اولیه را شروع کنید

فرد گرمزده را به جای خنک منتقل کنید و در استراحت در محل خنک

لباس‌های اضافی را درآورید و لباس سبک بپوشد

به او مقدار زیادی آب بدهید

پوست را با اسفنج یا اسپری با آب نمناک خنک کنید

بررسی نبض و تعداد تنفس

راه‌های پیشگیری از گرمزدگی:

استفاده از عینک آفتابی

استفاده از ضد آفتاب

پوشیدن لباس‌های سبک و گشاد

مصرف مایعات فراوان

دوش آب سرد بگیرید

در روزهای بسیار گرم بین ساعت‌های ۱۱ صبح تا سه بعدازظهر حتی الامکان بیرون نروید

حتی‌الامکان زیر تابش مستقیم آفتاب قرار نگیرید



سید علی موسوی

دانشجوی پرستاری، ورودی ۱۴۰۰

دانشگاه علوم پزشکی ارتش

کم آبی یا دهیدراتاسیون به معنای از دست دادن حجم آب بدون کاهش متناسب الکترولیت‌ها است که از این بابت با کم حجمی (هایپوولمی) متفاوت است بدین معنا که در کم آبی به دلیل از دست رفتن حجم آب بدن میزان غلظت مواد موجود در خون مثل سدیم، پتاسیم، کلسیم و... افزایش می‌یابد. هرکدام از این موارد یعنی کم آبی و افزایش میزان مواد در خون در صورت عدم برطرف و درمان شدن آثار متفاوتی از جمله ضعف، تب، افزایش ضربان قلب، تشنج و کما در پی خواهند داشت که با توجه به شدت و میزان کم آبی و با توجه به نظر پزشک و داده‌های بالینی و آزمایشگاهی درمان‌های متفاوتی انجام خواهد گرفت.

مقدمه

از آنجا که تمام عملکردهای سلولی در محیط مایع صورت می‌گیرد، وجود آب برای ادامه حیات سلولی اصل مهم و غیرقابل انکاری به شمار می‌رود. آب تقریباً ۶۰ تا ۷۰ درصد از وزن بدن انسان را تشکیل می‌دهد. با توجه به شروع فصل تابستان و افزایش دما در این فصل و همچنین افزایش فعالیت‌های جانبی از جمله فعالیت‌های ورزشی و مسافرت‌ها یکی از مواردی که باید به آن توجه کرد نیاز بدن به مصرف مایعات از جمله آب است چرا که با افزایش فعالیت‌های جسمانی و افزایش میزان سوخت و ساز بدن، جهت جلوگیری تجمع مواد

زائد و به دنبال افزایش دفع مواد زائد حاصل از سوخت‌ساز از طریق تعریق و ادرار مقدار قابل توجهی آب از بدن دفع می‌شود. از سوی دیگر، گرم شدن هوا به خودی خود سبب افزایش میزان دمای بدن در فصل تابستان می‌شود که بدن براساس یکی از مکانیسم‌های دفع گرمایی که دارد باید با افزایش میزان تعریق این گرمای اضافی را دفع کند. بنابراین میزان مصرف آب بدن در فصول گرم سال افزایش می‌یابد و ما نیز باید این افزایش میزان را به جهت جلوگیری از بروز مشکل جبران کنیم.

احتیاجات بدن به آب با مصرف مایعات مختلف و غذاهای آبداری همچون میوه‌های تازه و سبزیجات تامین می‌گردد.

آبی که از اکسیداسیون (ترکیب شدن با اکسیژن) مواد غذایی طی فرآیند سوخت‌وساز تولید می‌شود یکی دیگر از راه‌های تامین آب بدن به شمار می‌رود.

در یک فرد سالم میزان مایعات دریافتی از منابع مختلف تقریباً برابر با میزان مایعاتی است که از طریق دفع، تنفس و تعریق از بدن خارج شده است.

تعریف

همانطور که قبلاً اشاره شد، کم آبی یا دهیدراتاسیون به معنای از دست دادن حجم آب بدون کاهش متناسب الکترولیت‌ها است که از این بابت با کم حجمی (هایپوولمی) متفاوت است بدین معنا که در کم آبی به دلیل از دست رفتن حجم آب بدن میزان غلظت مواد موجود در خون مثل سدیم، پتاسیم، کلسیم و... افزایش می‌یابد. هرکدام از این موارد یعنی کم آبی و افزایش میزان مواد در خون در صورت عدم برطرف و درمان شدن آثار متفاوتی از جمله ضعف، تب، افزایش ضربان قلب، تشنج و کما در پی خواهند داشت؛ در شرایط عادی بدن از طریق تشنگی و ازدیاد مصرف آب، ذخایر آبی سلول‌ها را احیا می‌کند ولی در صورت ادامه روند مذکور و عدم جبران، به دنبال انتقال آب درون سلول‌ها به درون رگ‌ها، سلول‌ها چروکیده شده و ادامه فعالیت آن‌ها با مشکل

مواجه می‌شود. حال اگر شرایطی مانند اسپهال و استفراغ نیز که از جمله موارد شایع است به موارد ذکر شده اضافه گردد باعث افزایش میزان خطر خواهد شد.

علائم و نشانه‌ها

علائم کم آبی در کودکان شامل:

- خشکی دهان و زبان
- گریه بدون ریختن اشک
- خیس نشدن پوشک بچه طی سه ساعت
- چشم‌ها و گونه‌های فرو رفته
- موضع نرم گود شده در بالای جمجمه
- بی‌حالی و کج خلقی

و علائم کم آبی در بزرگسالان شامل:

- تشنگی شدید
- دفع ادرار کمتر
- ادرار تیره رنگ
- خستگی
- سرگیجه

می‌شود.

عوارض و مشکلات

مشکلاتی که کم آبی برای بدن ایجاد می‌کند عبارتند از:

- آسیب‌های گرمایی
- تعریق زیاد و عدم مصرف مایعات کافی جهت دفع گرما
- تشنج
- برهم خوردن تعادل الکترولیت‌ها و اختلال در فعالیت سیستم عصبی
- شوک هیپوولمیک یا شوک کم حجمی خون
- کاهش میزان پلاسمای خون
- تپش قلب
- کاهش میزان حجم خون و افزایش بار کاری قلب
- آسیب و عفونت کلیوی
- کاهش حجم خون و افزایش غلظت مواد زائد

تشخیص

دهیدراتاسیون از طریق علایم فیزیکی آن قابل تشخیص است؛ متخصصان پزشکی یا بزرگسالان آگاه از این علایم با نگاه کردن به فرد می‌توانند تشخیص دهند که آیا دهیدراتاسیون متوسط یا شدید است.

آزمایشات خونی و تجزیه ادرار برای کنترل عدم تعادل الکترولیت‌ها انجام می‌شوند و می‌توانند آسیب وارد به کلیه‌ها را نشان دهند. با این حال، علایم بینایی و فیزیکی دهیدراتاسیون برای شروع درمان کافی هستند.

○ آزمایش خون

از نمونه‌های خونی ممکن است برای بررسی فاکتورهای مانند سطح الکترولیت‌ها، به‌ویژه سدیم و پتاسیم استفاده شوند و عملکرد کلیه‌ها با این آزمایشات تا حدی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

○ آزمایش ادرار

آزمایشات انجام شده روی ادرار می‌توانند به تشخیص این مورد کمک کند که بدن شما کم آب است یا خیر و این کم آبی در چه حدی است. علاوه بر این می‌توانند نشانه‌های عفونت مثانه را نیز نشان دهند.

درمان

هدف از درمان این است که تعادل مایعات و الکترولیت‌ها حفظ شود؛ برای نوزادان و کودکانی که به هیدراتاسیون متوسط مبتلا هستند، درمان با تجویز مایعات دهیدراتاسیون خوراکی امکان‌پذیر است. مایعات دهیدراتاسیون در داروخانه‌ها موجودند و بدون تجویز پزشک قابل تهیه هستند. در این مایعات تعادل مناسب نمک و قند حفظ شده تا تعادل الکترولیت‌ها به حالت عادی برگردد.

کودکان بزرگتر می‌توانند از محلول‌های دهیدراتاسیون خوراکی یا نوشیدنی‌های ورزشی

برای درمان دهیدراتاسیون خفیف و حاد استفاده کنند. در غیر این صورت همان نوشیدنی‌های معمولی می‌توانند مصرف شوند.

طبق گفته موسسه آمریکایی پزشکی ورزشی، نوشیدنی‌های ورزشی می‌توانند در تامین انرژی برای ماهیچه‌ها، تامین سطح قند خون، پیشگیری از دهیدراتاسیون در اثر تعریق موثر باشند.

بزرگسالانی که به دهیدراتاسیون متوسط تا خفیف مبتلا می‌شوند، معمولاً می‌توانند با استفاده از آب و اجتناب از قهوه، چای و نوشیدنی‌های حاوی کافئین مشکل خود را حل کنند.

افرادی که شدیداً به هیدراتاسیون مبتلا می‌شوند، باید تحت مراقبت پزشکی قرار بگیرند. در شرایط دهیدراتاسیون حاد و شدید، فرد باید در بیمارستان بستری شود و مایعات را از طریق تزریق وریدی دریافت کند.

پیشگیری

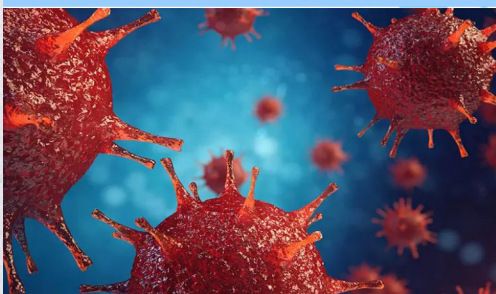
بهترین راه برای پیشگیری از دهیدراتاسیون این است که شرایط به وجود آورنده آن از قبیل ورزش در هوای گرم، استفراغ و اسهال را بدانیم. ورزشکاران و کسانی که در آب و هوای گرم کار می‌کنند باید به طور مرتب آب بنوشند حتی اگر احساس تشنگی نکنند.

هیدراتاسیون کودکان باید با مشاهده اولین علایم دهیدراتاسیون شروع شود؛ به علاوه قبل از آنکه شرایط کودک حادثر شود باید پزشک را از وضعیت وی مطلع کرد.

مراقبان سالمندان بستری، نوزادان و کودکان کوچک که نمی‌توانند برای خود آب تهیه کنند، باید به طور مرتب به آنها مایعات بدهند.

توصیه

برای جلوگیری از کمبود آب بدن، مایعات زیادی بنوشید و از مواد غذایی با حجم آب بالا مانند میوه‌ها و سبزیجات استفاده کنید.



آزاده نظری

دانش‌آموخته کارشناسی بهداشت عمومی

اسهال به صورت افزایش تعداد عملکرد روده ای به سه تا دفعات بیشتری در طول روز با حداقل ۲۵۰ گرم مدفوع روزانه تعریف می شود.

بسته به طول دوره، اسهال به ۳ دسته حاد (کمتر از ۱۴ روز) پایدار (۱۴ تا ۲۹ روز) و مزمن (۳۰ روز و بیشتر) تقسیم می شود.

اسهال عفونی اسهالی است که علت عفونی دارد و اغلب همراه با علائم و نشانه های دیگری روده ای مانند تهوع، استفراغ، کرامپ شکمی، خروج مدفوع خونی (دیسانتری) یا علایم سیستمیک می باشد.

در US اسهال حاد شایع است و شیوع آن شامل سالانه شامل ۱۷۹ میلیون ویزیت است که حدود ۵۰۰,۰۰۰ نفر از آن ها بستری می شوند و ۵۰۰۰ نفر می میرند. FDA توسط CDC شیوع اسهال براساس پاتوژن خاص را تحت مانیتورینگ ۸ پاتوژن روده ای منتقله در ۱۰ نقطه US جمع آوری کرد که در سال ۲۰۱۸ Food Net، ۲۵۶۰۶ مورد عفونت، ۵۸۹۳ مورد بستری و ۱۲۰ مرگ را گزارش کرده است. کمپیلوباکتر، سالمونلا، اشریشیاکولی تولید کننده شیگا توکسین، شایع ترین عوامل عفونت های شناسایی شده بودند.

پاتولوژی

اسهال تغییر در تبادل یون ها و آب است که منجر به افزایش میزان آب، حجم یا تعداد دفع مدفوع می شود، در شرایط نرمال تا ۹ لیتر مایع روزانه از سرتاسر لوله گوارش بالغین عبور می کند، تقریباً ۹۸ درصد این مایع جذب می شود و تنها ml100 – ml200 در مدفوع ترشح می شود.

پاتوژن های روده ای، یا توکسین های میکروبی که بلع می شوند می توانند بر دفاع میزبان فائق آیند و این تعادن را به سمت ترشح خالص و ایجاد اسهال تغییر دهند.

مقادیر زیادی از ارگانسیم ها به صورت نرمال با هر وعده غذایی بلع می شوند. مکانیسم های دفاعی میزبان برضد پاتوژن های روده ای شامل PH پایین معده، عبور سریع باکتری ها از قسمت پروگزیمان روده کوچک، پاسخ ایمنی سلولی، تولید آنتی بادی می باشند، به علاوه تعداد زیادی از فلور نرمال باکتریایی در روده ساکنند و از کلونیزاسیون پاتوژن های روده ای جلوگیری می کنند.

تغییر در مکانیسم های دفاع نرمال می تواند افراد را در ریسک اسهال عفونی قرار دهد. فاکتورهای بیماری زایی که به وسیله پاتوژن های روده ای بکار گرفته می شوند شامل: اندازه تلقیح، فاکتورهای چسبندگی، تولید توکسین و تهاجم می باشند.

ارگانسیم هایی مانند شیگلا، اشریشیاکولی انتروهموراژیک (EHEC)، لامبلیا و آنتماباهیسیتولیتیکا نیاز به ۱۰ تا ۱۰۰ ارگانسیم برای تولید عفونت دارند در حالی که ویبریولکله به ۱۰۵ تا ۱۰۸ ارگانسیم برای ایجاد بیماری نیاز دارد.

انواع اسهال عفونی

اسهال عفونی بسته به پاتوژن به دو دسته التهابی و غیر التهابی تقسیم می شود:

• اسهال غیرالتهابی

توسط پاتوژن هایی ایجاد می گردد که به مخاط روده کوچک متصل می شوند و اختلال در جذب یا پروسه ترشح را بدون ایجاد التهاب یا تخریب ایجاد می کنند.

پاتوژن هایی که اسهال غیر التهابی ایجاد می کنند شامل ویروس ها، ارگانسیم های تولید کننده انتروتوکسین مثل ژیاودیلا لامبلیا و کریپتو سپوریدیوم پارووم اند.

• اسهال التهابی

شامل پاتوژن هایی می شود که دیستال ایلئوم یا کولون را هدف قرار می دهند و باعث پروسه التهابی حاد با تولید سایتوکسین می شوند.

اسهال ترشخی ناشی از انتروتوکسین

باکتری تولید کننده انتروتوکسین بلع شده در روده ی کوچک کولونیزه شده و به تعداد زیادی تکثیر می یابد، باکتری سپس انتروتوکسین را که به مخاط متصل شده و اسهال آبی را از طریق ترشح بیش از حد مایعات ایزوتونیک که به ظرفیت جذبی کولون غلبه می کند، ایجاد می کند، تولید می کند.

آنتروتوکسین به مخاط روده متصل می شود و آدنیلات سیکلاز را جهت تولید سیکلیک آدنوزین منوفسفات (CAMP) فعالی می کند که سبب افزایش ترشح کلرید و کاهش جذب سدیم و در نتیجه ترشح بیش از حد مایعات می شود.

ETEC که منجر به اسهال مسافران می شود آنتروتوکسین حساس به حرارت که مکانیسم فعالیت آن مانند کلرا توکسین است و یک آنتروتوکسین مقاوم به حرارت که منجر به اسهال ترشخی از طریق فعال کردن گوانیلات سیکلاز جهت تولید سیکلیک گوانوزین منوفسفات CGMT می شود را تولید می کند.

مسمومیت غذایی باکتریال

مسمومیت غذایی باکتریال با بلع توکسین تولید شده در غذا ایجاد می شود.

این امر منجر به یک مسمومیت ب هجای عفونت روده ای می شود. توکسین ها ممکن است شامل سیتوتوکسین ها، انتروتوکسین ها، نوروتوکسین ها باشند. پاتوژن هایی که مسمومیت غذایی باکتریال ایجاد می کند شامل استافیلوکوک اورئوس، کلستریدیوم پرفرینجنس و باسیلوس سرئوس می باشند.

این ارگانسیم ها در غذا رشد پیدا می کنند و توکسین هایی تولید می کنند که به طور مستقیم با غذا بلعیده می شوند علائم به سرعت بعد از بلع غذا با دروه کمون ۱۶-۱ ساعت رخ می دهند. بیماری به ندرت با تب همراه است و علایم معمولاً طی ۱۲ تا ۲۴ ساعت بعد از شروع بهبود می یابند.

نگهداری شده با واسطه توکسین مقاوم به حرارت می شود.

C پرفرینجنس اسهال آبکی ناشی از سیتوتوکسین ترشچی را در طی ۸ تا ۱۴ ساعت بعد از بلع سبزیجات آلوده گوشت یا لبنیات ایجاد می کند.

B سرئوس اغلب برنج پخته، سبزیجات یا جوانه ها را آلوده می کند و یکی از توکسین ایجاد کننده بیماری مشابه، عفونت با S اورئوس یا C پرفرینجنس را در طی ۱ تا ۶ ساعت بعد از بلع تولید می کند.

شیگلا

اسهال ناشی از شیگلا بعد از بلع غذا یا آب آلوده با مدفوع رخ می دهد، گونه های اصلی شامل S دیسانتری، شیگلا فلکسنری، شیگلا بوئیدی و شیگلا سونئی هستند.

بلع ۱۰ تا ۱۰۰ ارگانیسم می تواند منجر به عفونت شود زیرا باکتری نسبت به اسید معده مقاوم است؛ انتقال فرد به فرد شایع است و میزان حمله در نوزادان و کودکان کم سن و سال در مراکز مراقبت کودکان در بالاترین حد است. دوره نهفتگی ۶ تا ۷۲ ساعت است. بیماری ممکن است بطور اولیه به صورت اسهال آبکی، غیر التهابی ناشی از تولید انتروتوکسین یا تکثیر باکتری در روده باریک تظاهر یابد.

تهاجم به اپی تلیوم کولون و مخاط اغلب به صورت دیسانتری تظاهر می یابد.

عوارض شیگلوز شامل HUS که با S دیسانتری نوع ۱ مرتبط است و آرتریت مزمن سندرم رایتر که با عفونت S فلکسنری مرتبط است، می باشد.

کلستریدیوم دیفیسیل

بیوتیک ها در ایجاد عفونت C دیفیسیل دخیل هستند اما شایع ترین عوامل کلیندامایسین، سفالوسپورین ها، فلورکینولون ها و پنی سیلین ها شامل آمپی سیلین و آموکسی سیلین هستند.

تظاهرات بالینی

ارزیابی اولیه باید شدت بیماری، نشانه های دهیدراتاسیون و التهاب روده ای را که با تب، درد شکم، خون در مدفوع (دیسانتری) نشان داده می شود، شناسایی کند. سرخ های ایپیدمیولوژیک مهم در شرح حال شامل سن، سابقه مسافرت، بلع غذا و گوشت خوب پخته نشده یا خام، استفاده از آنتی بیوتیک، فعالیت جنسی و اقامت در مهدکودک می باشند.

تشخیص و تشخیص های افتراقی

اکثر موارد بیماری اسهالی خود محدود است و تقریباً نیمی از آن ها طی یک روز بهبود می یابند. کشت روتین مدفوع شیگلا، سالمونلا، کمپیلوباکتر و آئروموناس را شناسایی خواهد کرد. تست های بر پایه PCR در حال حاضر در دسترس می باشد و شامل یک دسترسی Multiplex برای بررسی چندین باکتری، ویروس و پارازیت آنتروپاتوزن هستند که همگی در یک تست تشخیص داده می شوند.

درمان

کنترل فعلی بیماری اسهالی شامل مایعات خوراکی یا وریدی و ادامه تغذیه از شیر مادر برای نوزادان است علاوه بر این درمان مؤثر با عوامل ضد میکروبی برای کنترل شیگلا و وبا لازم است.

اخیراً سازمان بهداشت جهانی و یونیسف استفاده روتین روی را به مدت ۱۰ تا ۱۴ روز

توان با دهیدراتاسیون خوراکی با استفاده از مایعات ایزوتونیک شامل گلوکز و الکترولیت ها به دست آورد. یک محلول مؤثر را می توان با اضافه کردن دو قاشق غذا خوری شکر، یک چهارم قاشق چای خوری نمک (NaCl) و یک چهارم قاشق چای خوری جوش شیرین (NaHCO₃) به یک لیتر آب آشامیدنی جوشیده تهیه کرد.

درمان وریدی مایعات

از دست رفتن حجم زیادی از مایعات به علت اسهال باید به سرعت بوسیله تجویز مایعات داخل وریدی جایگزین شود. محلول رینگر لاکتات مایع انتخابی می باشد، زیرا ترکیب آن مشابه الکترولیت های از دست رفته در طی اسهال می باشد. سرعت تجویز مایعات باید براساس نشانه ها بالینی از جمله نشانه های حیاتی ظاهر مخاط، وریدهای گردنی، تورگور پوستی تنظیم شود.

درمان ضد میکروبی

اکثر موارد اسهال عفونی نیازمند درمان آنتی میکروبیال نیست با این وجود آنتی بیوتیک ها ممکن است حجم اسهال (مانند وبا) یا طول مدت و شدت بیماری را کاهش دهند. آنتی بیوتیک ها در درمان شیگلوز، اسهال مسافران، عفونت کمپیلو باکتر مؤثر هستند. در سالمونلوزیس غیر عارضه دار، آنتی بیوتیک ها ممکن است ریزش سالمونلا را طولانی سازند. برای اسهال مسافران در بالغین درمان امپریک با آزیترومایسین ۵۰۰ میلی گرم روزانه و سیپروفلوکسازین ۵۰۰ میلی گرم دو بار در روز یا تری متوپریم- سولفامتوکسازول ۸۰۰-۱۶۰ میلی گرم دوبار در روز برای سه روز کافیست.

پیش آگهی

